

THESIS / THÈSE

MASTER EN SCIENCES INFORMATIQUES

Structures hospitalières et informatique

Étude de l'influence des facteurs organisationnels sur le mode d'informatisation des hôpitaux

Harlange, Michel; Vanden Abeele, Isabelle

Award date:
1991

Awarding institution:
Université de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix
Institut d'Informatique**

**Structures hospitalières
et informatique**

Etude de l'influence des facteurs
organisationnels sur le mode
d'informatisation des hôpitaux

Michel Harlange
Isabelle Vanden Abeele

Promoteur : R.P. Jacques Berleur
Co-promoteur : Claire Lobet-Maris

Mémoire présenté en vue de
l'obtention du titre de Licencié et
Maître en Informatique

Année académique 1990-1991

Résumé

Comparée au développement de l'informatique dans les entreprises, l'informatisation des hôpitaux est relativement récente. Elle présente aussi des particularités liées aux spécificités organisationnelles des institutions hospitalières. Pour ces raisons, l'informatique hospitalière nous semble un sujet d'étude intéressant.

La littérature existant sur le sujet passe sous silence l'influence de ces particularités sur le développement de l'informatique. Par conséquent, nous tenterons dans ce mémoire de mettre en évidence ces liens éventuels entre l'informatique hospitalière et son contexte organisationnel. Notre démarche sera supportée et illustrée par l'étude de trois hôpitaux différents.

Abstract

Compared to computing development in the business world, hospital computerization is quite recent. It also presents particularities related to its organizational context. For those reasons, hospital computing seems to be an interesting topic.

Literature on this subject seems to ignore those distinctive features of computing development. Therefore, we shall try in this thesis to give prominence to possible links between hospital computing and its organizational context. Our approach will be supported and illustrated by the study of three different hospitals.

Nous tenons tout d'abord à remercier le R.P. Jacques Berleur pour la confiance qu'il nous a témoignée en acceptant d'être le promoteur de ce mémoire.

De tout coeur, nous souhaitons exprimer à Madame Claire Lobet-Maris notre plus vive gratitude. Tout au long de l'année écoulée, ses lectures attentives, ses conseils judicieux, ses critiques toujours constructives ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Qu'il nous soit également permis d'exprimer notre profonde reconnaissance à toutes les personnes dont la compétence, la disponibilité et la parfaite collaboration nous ont fait découvrir le monde hospitalier. L'enthousiasme qui souvent était le leur nous a rendu ces stages passionnants. Nous espérons ne pas avoir trahi leurs propos.

Enfin, nous adressons nos remerciements les plus sincères à tous ceux, parents ou amis, dont l'indéfectible soutien nous a permis de mener cette étude à son terme.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| Chapitre 1 : Les hôpitaux et l'informatique..... | 3 |
| Introduction..... | 4 |
| Section 1 : Les hôpitaux..... | 4 |
| 1. L'hôpital vu comme un ensemble de centres d'activités..... | 4 |
| 1.1. L'activité médicale..... | 6 |
| 1.1.1. Le corps médical | 6 |
| 1.1.2. Le personnel infirmier | 7 |
| 1.1.3. La décomposition de l'activité médicale | 8 |
| 1.2. Les fonctions de support..... | 8 |
| 1.2.1. L'administration | 10 |
| 1.2.2. La logistique | 10 |
| 1.2.3. La gestion hospitalière | 12 |
| 2. Les particularités de l'hôpital par rapport à l'entreprise..... | 13 |
| 2.1. Les buts de l'hôpital..... | 13 |
| 2.2. Quelques différences fondamentales par rapport à l'entreprise..... | 15 |
| 2.2.1. La variété des prestations | 15 |
| 2.2.2. L'aspect financier | 16 |
| 2.2.3. La qualité du produit | 16 |
| 3. Les autres spécificités de l'hôpital | 17 |
| 3.1. La position du médecin dans l'hôpital..... | 17 |
| 3.1.1. Le statut des médecins | 17 |
| 3.1.2. Le mode de rémunération des médecins | 17 |
| 3.2. Le financement des hôpitaux..... | 18 |
| 4. L'hôpital vu comme un système de décisions | 19 |
| 4.1. Les structures de décisions légalement obligatoires..... | 19 |
| 4.1.1. La structure managériale de l'hôpital | 19 |
| 4.1.2. Le conseil médical | 21 |
| 4.1.3. Le comité de concertation | 22 |
| 4.1.4. Le comité d'hygiène hospitalière | 23 |
| 4.1.5. Le médecin-chef | 23 |
| 4.2. Les multiples lignes d'autorité..... | 23 |
| 4.3. Les acteurs externes..... | 24 |
| Section 2 : L'informatique hospitalière..... | 27 |
| 1. Les quatre niveaux d'utilisation de l'informatique à l'hôpital..... | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 1.0. L'instrumentation médicale..... | 27 |
| 1.1. Le traitement des données administratives..... | 27 |
| 1.2. Le traitement des données médicales..... | 27 |
| 1.3. Hospital information system (HIS)..... | 28 |
| 2. Les études sur l'informatique hospitalière | 29 |
| 2.1. Les études à caractère statistique..... | 29 |
| 2.1.1. Aperçu des études | 29 |
| 2.1.2. Critique des études | 32 |
| 2.2. Les conseils de type managérial..... | 32 |
| 2.2.1. Aperçu des études | 32 |
| 2.2.2. Critique des études | 35 |
| Chapitre 2 : Les outils d'analyse..... | 36 |
| Introduction..... | 37 |
| Section 1 : L'outil d'analyse de l'organisation..... | 37 |
| 1. Les principaux concepts de Mintzberg | 37 |
| 1.1. La structure..... | 37 |
| 1.2. Les paramètres de conception..... | 38 |
| 1.2.1. Les postes de travail | 38 |
| 1.2.2. La superstructure | 39 |
| 1.2.3. Les liens latéraux | 40 |
| 1.2.4. Le système de prise de décision | 40 |
| 1.3. Les variables explicatives..... | 41 |
| 1.3.1. Les types de coalition interne | 41 |
| 1.3.2. Les buts organisationnels | 42 |
| 1.3.3. L'environnement | 42 |
| 1.3.4. La coalition externe | 43 |
| 1.4. Les configurations..... | 44 |
| 2. Grille d'analyse de l'organisation hospitalière | 45 |
| Section 2 : Les outils d'analyse de l'informatisation... 47 | 47 |
| 1. Grille d'analyse de l'informatisation | 47 |
| 2. L'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information..... | 50 |
| Chapitre 3 : Clinique et Maternité Ste Elisabeth..... | 54 |
| Introduction..... | 55 |

| | |
|--|-----------|
| Section 1 : L'organisation | 55 |
| 1. L'hôpital et son contexte | 55 |
| 1.1. Présentation de l'hôpital..... | 55 |
| 1.1.1. Historique | 55 |
| 1.1.2. Présentation de l'activité | 56 |
| 1.1.3. Les médecins | 57 |
| 1.2. Les facteurs contextuels..... | 58 |
| 1.2.1. L'environnement | 58 |
| 1.2.2. La coalition externe | 59 |
| 2. Le fonctionnement de l'hôpital | 60 |
| 2.1. L'autorité dans l'hôpital..... | 60 |
| 2.1.1. L'organigramme | 60 |
| 2.1.2. Les services indépendants | 63 |
| 2.1.3. Les comités | 63 |
| 2.2. Les flux de travail..... | 64 |
| 2.2.1. L'activité médicale | 64 |
| 2.2.2. La logistique et l'administration | 70 |
| 2.3. Les flux d'information..... | 72 |
| 2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités | 72 |
| 2.3.2. Les mécanismes de liaison | 75 |
| 2.4. Le pouvoir à l'intérieur de l'hôpital..... | 77 |
| 3. La configuration | 78 |
| L'organisation en quelques lignes | 80 |
| Section 2 : L'informatique | 81 |
| 1. Historique de l'informatique | 81 |
| 2. La technologie | 82 |
| 2.1. Le choix du constructeur..... | 82 |
| 2.2. La configuration informatique..... | 83 |
| 2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels | 83 |
| 2.2.2. L'absence d'informatique parallèle | 83 |
| 3. Les applications | 84 |
| 3.1. Une informatique opérationnelle..... | 84 |
| 3.2. La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 86 |
| 3.3. Evolution vers une informatique médicale ?..... | 86 |
| 3.4. Les attentes vis-à-vis de l'informatique..... | 88 |
| 4. La structure | 90 |
| 4.1. La position du département informatique..... | 90 |
| 4.2. Le rapport avec les utilisateurs..... | 90 |

| | |
|--|----------------|
| 4.3. La définition des priorités de développement..... | 91 |
| 4.4. La planification..... | 91 |
| 4.5. L'absence de structures décisionnelles pour l'informatique | 91 |
| 5. Les ressources | 92 |
| 5.1. Les ressources financières..... | 92 |
| 5.2. Les ressources humaines..... | 93 |
| 6. Conclusion | 94 |
| Chapitre 4 : Hôpital St Joseph..... | 95 |
| Introduction..... | 96 |
| Section 1 : L'organisation..... | 96 |
| 1. L'hôpital et son contexte | 96 |
| 1.1. Présentation de l'hôpital..... | 96 |
| 1.1.1. Historique | 96 |
| 1.1.2. Présentation de l'activité | 97 |
| 1.1.3. Les médecins | 97 |
| 1.2. Les facteurs contextuels..... | 98 |
| 1.2.1. L'environnement | 98 |
| 1.2.2. La coalition externe | 98 |
| 2. Le fonctionnement de l'hôpital | 99 |
| 2.1. L'autorité dans l'hôpital..... | 99 |
| 2.1.1. L'organigramme | 99 |
| 2.1.2. Les comités | 101 |
| 2.2. Les flux de travail..... | 101 |
| 2.2.1. L'activité médicale | 102 |
| 2.2.2. La logistique et l'administration | 105 |
| 2.3. Les flux d'information..... | 106 |
| 2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités | 106 |
| 2.3.2. Les mécanismes de liaison | 108 |
| 2.4. Le pouvoir dans l'hôpital..... | 109 |
| 3. La configuration | 110 |
| L'organisation en quelques lignes | 110 |
| Section 2 : L'informatique..... | 111 |
| 1. Historique de l'informatique | 111 |
| 2. La technologie | 112 |
| 2.1. Le choix du constructeur..... | 112 |

| | |
|--|------------|
| 2.2. La configuration informatique..... | 112 |
| 2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels | 112 |
| 2.2.2. La micro-informatique | 113 |
| 2.2.3. L'absence d'informatique parallèle | 114 |
| 3. Les applications | 114 |
| 3.1. Une informatique opérationnelle, quelque peu boiteuse | 114 |
| 3.2. A l'aube d'une informatique médicale..... | 117 |
| 3.3. La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 118 |
| 4. La structure | 120 |
| 4.1. La position du département informatique..... | 120 |
| 4.2. Les applications de MEDSOC, une structure lourde..... | 120 |
| 4.3. L'informatique locale..... | 121 |
| 5. Les ressources | 122 |
| 5.1. Les ressources financières..... | 122 |
| 5.2. Les ressources humaines..... | 123 |
| 6. Conclusion | 124 |
| Chapitre 5 : Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne . | 125 |
| Introduction..... | 126 |
| Section 1 : L'organisation | 126 |
| 1. L'hôpital et son contexte | 126 |
| 1.1. Présentation de l'hôpital..... | 126 |
| 1.1.1. Historique | 126 |
| 1.1.2. Présentation de l'activité | 127 |
| 1.1.3. Les médecins | 127 |
| 1.2. Les facteurs contextuels..... | 128 |
| 1.2.1. L'environnement | 128 |
| 1.2.2. La coalition externe | 129 |
| 2. Le fonctionnement de l'hôpital | 130 |
| 2.1. L'autorité dans l'hôpital..... | 130 |
| 2.1.1. L'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne | 130 |
| 2.1.2. Le comité de gestion | 131 |
| 2.1.3. Le comité de direction | 131 |
| 2.1.4. L'organigramme | 132 |
| 2.2. Les flux de travail..... | 133 |
| 2.2.1. L'activité médicale | 133 |
| 2.2.2. La logistique et l'administration | 137 |
| 2.3. Les flux d'information..... | 138 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités | 138 |
| 2.3.2. Les mécanismes de liaison | 140 |
| 2.4. Le pouvoir dans l'hôpital..... | 141 |
| 3. La configuration | 144 |
| L'organisation en quelques lignes | 145 |
| Section 2 : L'informatique | 146 |
| 1. Historique de l'informatique | 146 |
| 2. La technologie | 146 |
| 2.1. Le choix du constructeur..... | 146 |
| 2.2. La configuration informatique..... | 147 |
| 2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels | 147 |
| 2.2.2. La micro-informatique | 148 |
| 2.2.3. Informatique parallèle ou informatique isolée ? | 148 |
| 3. Les applications | 150 |
| 3.1. Une informatique opérationnelle..... | 150 |
| 3.2. La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 152 |
| 3.3. Les attentes vis-à-vis de l'informatique..... | 152 |
| 4. La structure | 155 |
| 4.1. La position du département informatique..... | 155 |
| 4.2. Les applications de MEDSOC, la même structure lourde qu'à Lobbes | 155 |
| 4.3. L'informatique locale..... | 155 |
| 5. Les ressources | 158 |
| 5.1. Les ressources financières..... | 158 |
| 5.2. Les ressources humaines..... | 158 |
| 6. Conclusion | 160 |
| Conclusion..... | 161 |
| Bibliographie..... | 176 |
| Liste des figures et des tableaux..... | 179 |
| Annexes..... | 180 |

Introduction

Par rapport à la première utilisation de l'informatique dans les entreprises qui remonte en moyenne à 1971¹, l'informatisation des hôpitaux est relativement récente. Il est donc normal que la littérature étudiant l'informatique hospitalière soit peu fournie et qu'elle ne revête essentiellement qu'un caractère fort général, passant sous silence les interactions éventuelles entre l'informatique et le contexte où elle évolue.

Nous partirons de l'hypothèse que l'environnement organisationnel, dans lequel l'informatique se développe, influence de manière importante le mode d'informatisation de l'hôpital.

Nous tenterons, au travers de trois études de cas, de confirmer cette hypothèse, et donc de mettre en évidence les liens qui existent entre l'informatique et son contexte organisationnel.

Pour ce faire, un premier chapitre nous permettra, par un survol de la littérature, de nous familiariser avec le monde hospitalier et l'informatique hospitalière.

Dans le chapitre suivant nous présenterons deux outils d'analyse, un pour l'organisation et un pour l'informatique, qui nous permettront, lors des études de cas, de recueillir les données nécessaires à la confirmation - ou à l'invalidation - de notre hypothèse.

Les trois chapitres suivants seront constitués par les trois études de cas proprement dites, dans lesquelles, grâce aux outils présentés au chapitre 2, nous étudierons chaque hôpital en tant qu'organisation puis son informatique en essayant de discerner, sur celle-ci, l'influence de son contexte organisationnel.

Les informations permettant ces analyses ont été recueillies lors de stages effectués au sein des trois hôpitaux concernés.

Nous conclurons par une comparaison entre les trois situations rencontrées et nous identifierons les principaux acteurs organisationnels qui influencent l'informatisation d'un hôpital.

¹ Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, Journal de Réflexion sur l'Informatique numéro 13, Namur, mai 1989, p. 12.

Chapitre 1 :
Les hôpitaux et l'informatique

Introduction

Nous allons, dans ce premier chapitre, voir ce que la littérature nous apprend sur les deux facettes de notre étude.

Dans une première section, nous essayerons de répondre à un certain nombre de questions qui permettront de mieux comprendre le fonctionnement général des institutions hospitalières : Qui sont les principaux acteurs que l'on trouve à l'intérieur de l'hôpital ? Quelles sont les tâches qu'ils accomplissent ? Qu'est-ce que l'hôpital a de particulier ? Sur quelles structures décisionnelles se base-t-il ? ...

Dans une deuxième section, nous nous intéresserons à l'informatique hospitalière. A travers la littérature, nous aborderons le problème de l'informatisation des hôpitaux. A quelles fins l'informatique est-elle utilisée dans le monde hospitalier ? Qu'est-ce que la littérature nous apporte sur les rapports existant entre l'organisation hospitalière et son mode d'informatisation ? ...

Section 1: Les hôpitaux

Cette section permettra de nous familiariser avec le monde hospitalier. Tout d'abord, nous proposerons une représentation schématique de l'hôpital vu comme un ensemble de centres d'activités. Ce schéma mettra en évidence les différentes catégories d'acteurs présents à l'hôpital, ainsi que les tâches qu'ils y accomplissent. Ensuite, nous évoquerons les particularités de l'hôpital par rapport au monde de l'entreprise, ainsi que d'autres caractéristiques propres aux institutions hospitalières. Enfin, nous donnerons un aperçu des structures de décisions et des systèmes d'autorité présents à l'hôpital, ainsi que des acteurs externes avec lesquels l'hôpital entretient des relations.

1. L'hôpital vu comme un ensemble de centres d'activités

Le patient qui séjourne à l'hôpital pendant quelque temps est surtout confronté à l'équipe soignante, plus précisément aux médecins et au personnel infirmier. Mais à cette partie visible de l'activité hospitalière vient s'ajouter nombre d'autres personnes qui garantissent le fonctionnement optimal du système hospitalier.

Citons quelques catégories de personnel, afin de nous faire une idée du grand nombre de tâches diversifiées qui sont exécutées à l'intérieur de l'hôpital : le personnel de l'admission qui est responsable de l'attribution d'un lit au patient; les responsables de l'hôtellerie, qui prennent en charge le nettoyage des chambres, la lessive et la préparation des repas; le service des achats qui surveille l'état des stocks; le

service technique qui assure le bon fonctionnement des équipements; la pharmacie qui prépare les médicaments; les responsables financiers; le service archivage qui range les dossiers médicaux;...

On se rend facilement compte que l'hôpital est une organisation complexe qui regroupe des personnes ayant des compétences très différentes. Pour présenter ces différentes catégories de personnel, ainsi que les principales tâches qu'ils réalisent, nous avons choisi de décomposer l'activité de l'hôpital en divers centres d'activités, à savoir l'activité médicale, l'administration, la logistique et la gestion hospitalière. Chacun de ces centres d'activités regroupe un ensemble de fonctions (la plupart du temps identifiables à des services) qui représentent toutes une certaine cohérence au niveau du but poursuivi.

Ils peuvent être schématisés selon la figure 1.1.

Ce schéma nous montre que le fonctionnement de l'hôpital est centré sur l'activité médicale. Celle-ci fait appel à de nombreuses fonctions de support, qui sont réalisées par les trois autres centres d'activités, et qui sont toutes indispensables au fonctionnement efficace des services de soins.

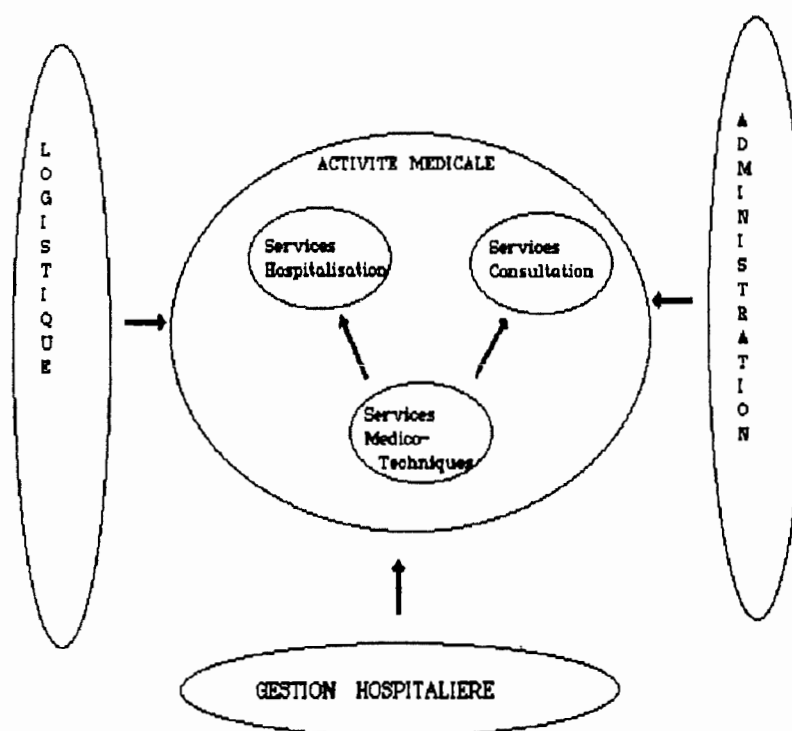


Figure 1.1: les centres d'activités de l'hôpital

Analysons à présent chacun de ces centres d'activités.

1.1. L'activité médicale

L'équipe soignante est composée, d'une part, du corps médical et, d'autre part, du personnel infirmier.

1.1.1. Le corps médical

Une des différences fondamentales entre le médecin de famille et le médecin hospitalier est que ce dernier est un spécialiste, et non pas un généraliste. Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, il est dirigé vers un spécialiste, qui se concentre sur un domaine très particulier, c'est-à-dire sur des pathologies et des techniques très spécifiques. Au cours de son séjour à l'hôpital, le patient est très souvent confronté à différents spécialistes, ce qui entraîne inévitablement une interdépendance considérable au niveau des tâches médicales et, par conséquent, un besoin de collaboration et de coordination entre diverses personnes.

Illustrons ceci par un exemple.

Le patient qui souffre de l'estomac est envoyé en médecine interne, qui elle-même est divisée en différentes spécialités à partir desquelles le patient peut être examiné. S'il a besoin d'un examen radiologique, il sera dirigé vers un autre service. Si on décide de faire une analyse de sang, les échantillons seront envoyés au laboratoire. On pourrait imaginer qu'un examen chez l'ophtalmologue soit nécessaire pour obtenir des informations sur l'état général du patient. Si le patient doit par la suite être soumis à une intervention chirurgicale, il sera mis en contact avec le chirurgien et l'anesthésiste.

On voit donc assez rapidement que le diagnostic et le traitement médical ne sont plus l'affaire d'un seul médecin. Divers services participent aux examens et au traitement du patient. Et c'est alors le rôle du médecin traitant de rassembler les résultats et les données venant des différentes unités spécialisées de l'hôpital, afin de les interpréter à la lumière de l'état général du patient.

Cet exemple nous montre bien que la médecine spécialisée peut être considérée comme un jeu d'équipe où tous les acteurs collaborent entre eux en vue d'assurer la meilleure qualité des soins au patient. Peers¹ souligne que cette qualité des soins

¹ Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, Davidsfonds, Leuven, 1983, pp. 15-16.

dépend de la collaboration entre les différents médecins, de la façon dont ils organisent leurs services et des contacts informels à l'intérieur du corps médical.

1.1.2. Le personnel infirmier

Le nursing constitue un département important au sein de l'hôpital, et regroupe des infirmières de diverses formations. Ces formations prévoient un certain nombre de spécialisations qui se greffent de manière plus ou moins lâche sur les spécialisations médicales.

Le travail du personnel infirmier à l'intérieur de l'unité de soins peut être organisé de diverses façons. Un premier type d'organisation attribue à chaque infirmière une ou plusieurs tâches bien spécifiques qu'elle accomplit auprès de tous les patients de l'unité de soins. Un autre mode d'organisation consiste à attribuer à chaque infirmière un certain nombre de patients²; l'infirmière est alors responsable de l'ensemble des soins à apporter à chacun des patients qui lui ont été attribués. Par rapport à la première méthode de travail, celle-ci semble offrir des avantages considérables et mieux contribuer à la qualité des soins. En effet, l'infirmière connaît mieux son patient, peut mieux comprendre ses besoins, ses questions,... En d'autres termes, elle a une vue d'ensemble sur le patient et peut jouer un rôle d'intermédiaire entre le patient et les divers membres du corps médical auxquels le patient est confronté tout au long de son séjour.

Il est important de noter que le travail infirmier ne se limite pas à l'exécution de tâches techniques et spécialisées³. Il est vrai que l'apparition d'une spécialisation de plus en plus importante dans le domaine médical a fortement influencé le contenu du travail infirmier, et que le personnel infirmier accomplit de nombreuses tâches techniques et manipule des équipements sophistiqués. La technique aide l'infirmière à réaliser les observations et les traitements prescrits par le médecin, mais ses connaissances techniques doivent être complétées par des compétences au niveau relationnel, afin de bien comprendre les problèmes et les besoins du patient et d'y répondre de la façon la plus adéquate possible.

Signalons encore qu'une partie non négligeable du temps de travail des infirmières est consacrée à des tâches administratives parmi lesquelles nous pouvons citer la tenue du dossier infirmier,

² Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op. cit., pp. 114-115.

³ Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op. cit., p.113.

les demandes d'examens médico-techniques,... Nous préciserons ces différentes tâches lors des études de cas.

1.1.3. La décomposition de l'activité médicale

Le corps médical et le personnel infirmier assurent l'activité médicale à travers les nombreux services médicaux de l'hôpital. Nous pouvons classer ces différents services en trois grandes catégories, à savoir les services d'hospitalisation, les services de consultation et les services médico-techniques.

Les services d'hospitalisation ont pour objectif de soigner les patients séjournant à l'hôpital. Chaque service regroupe des médecins et du personnel infirmier qui se sont spécialisés dans un domaine précis (maternité, médecine interne, pédiatrie, chirurgie,...), et apporte donc des soins à un type particulier de patients.

Les services de consultation, que l'on retrouve dans les diverses spécialisations médicales, ont pour but d'assurer des consultations, soit pour les patients séjournant à l'hôpital, soit pour les patients externes. Les résultats des consultations réalisées pour des patients hospitalisés peuvent aider le médecin traitant à formuler son diagnostic. En ce sens, les services de consultation offrent un support direct aux services d'hospitalisation.

Les services médico-techniques (tels que le laboratoire de biologie clinique, la radiologie,...) ont pour but d'apporter un support médical direct aux services d'hospitalisation et de consultation. Autrement dit, ils se caractérisent par le fait qu'ils aident les médecins dans le diagnostic et le traitement des patients, en effectuant des analyses ou des traitements spécialisés.

1.2. Les fonctions de support

Afin de rendre possible le fonctionnement efficace d'une organisation aussi complexe que celle de l'hôpital, il est nécessaire de prévoir un certain nombre de fonctions de support indirect à l'activité médicale.

Comme le souligne Peers⁴, ce sont des services qui ne portent pas directement sur les processus de travail liés aux soins des patients mais qui, indirectement, veillent au déroulement efficace de ces

⁴ Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op. cit., pp.34-35.

tâches médicales. Il remarque par ailleurs que ces fonctions de support ne sont pas négligeables, puisqu'elles occupent, en moyenne, plus d'un quart de l'ensemble du personnel hospitalier.

De quelles fonctions s'agit-il concrètement ?

Essayons d'abord, sur base de la littérature consultée⁵, de donner un aperçu des services de support dont l'activité médicale a besoin (voir figure 1.2).

Notre but n'est pas d'établir une liste exhaustive des services de support. Toutefois, cette liste nous a servi de base pour classer les services en différentes catégories, en fonction du but que chacun d'entre eux poursuit. Ce classement nous a donc permis d'identifier les centres d'activités suivants : l'administration, la logistique et la gestion hospitalière.

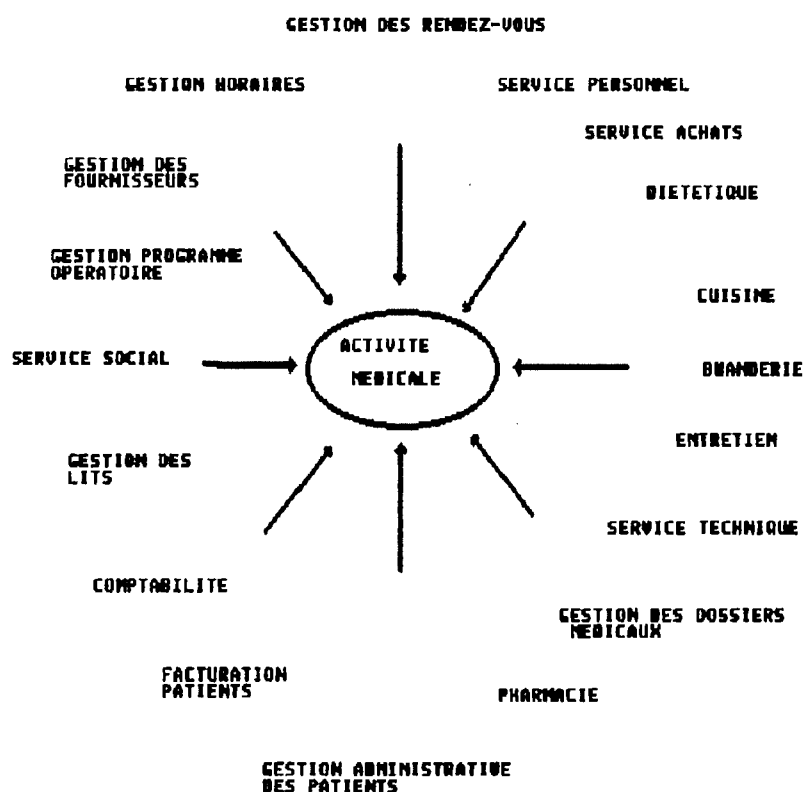


Figure 1.2: les services de support de l'activité médicale

5 Sloane R.M., Leibov-Sloane B., A guide to health facilities, The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, 1977, pp. 61-113; Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., pp. 35-42.

1.2.1. L'administration

L'administration a pour but de fournir un support de gestion à l'activité médicale, notamment au niveau de la gestion financière. Les fonctions que nous avons regroupées ici sont, entre autres, la comptabilité, la facturation et la gestion administrative des patients, la gestion du personnel (au niveau du paiement des salaires), la gestion des fournisseurs d'équipement et d'autre matériel, l'établissement du budget global pour l'hôpital, le contrôle budgétaire, la gestion des organismes de remboursement,...

On peut remarquer à ce niveau que certaines tâches administratives sont réalisées en dehors de l'administration. En effet, partout dans l'hôpital sont collectées et enregistrées des données, qui sont ensuite envoyées à d'autres endroits (notamment à l'administration) pour être traitées⁶. Ainsi, les services d'hospitalisation effectuent des tâches administratives telles que la réalisation du dossier médical, le remplissage de bons de commande (notamment pour les médicaments), les demandes d'examens...

L'organisation hospitalière semble donc contenir un réseau complexe d'informations qui nécessite un moyen de gestion performant. Un manque d'efficacité au niveau de la gestion des informations pourrait réduire la qualité des soins ou, plus encore, nuire à la santé du patient (par exemple si des résultats d'examen sont permutés).

Nous reviendrons sur le problème de la gestion des informations dans les études de cas.

1.2.2. La logistique

Nous avons rassemblé ici tous les services dont le but est d'apporter un support indirect qui peut être de deux types. Si ce support a une signification purement médicale, on parlera de logistique médicale; sinon on parlera de logistique administrative.

Ainsi, la logistique médicale est composée des services tels que la diététique, le service social, la pharmacie et les services paramédicaux.

La diététique a comme objectif principal de fournir aux patients de la nourriture de haute qualité qui répond à leurs besoins individuels. Le service social recueille auprès des patients les informations pertinentes concernant leur environnement social et émotionnel, afin de pouvoir assurer leur rétablissement

⁶ Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p.40.

complet. La pharmacie, quant à elle, a comme tâche principale la distribution des médicaments aux patients, à partir des prescriptions faites par les médecins.

La logistique administrative⁷ contient des services tels que le service entretien, la buanderie, la cuisine, le service achats, le service technique,...

La plupart des services de la logistique administrative sont présents dans toute entreprise. Mais, à l'intérieur d'un hôpital, ils présentent quelques particularités en raison des besoins spécifiques qu'il faut satisfaire dans le milieu hospitalier.

Illustrons ceci par quelques exemples :

- Le service entretien ne remplit pas seulement les tâches traditionnelles de nettoyage, mais également des tâches spécifiques qui sont liées au contrôle d'infection, de contagion, de microbes,...
- Le service technique doit posséder des compétences spécialisées au niveau de l'entretien et de la réparation des équipements, souvent très sophistiqués, qui sont utilisés à des fins médicales et qui, en cas de mauvais fonctionnement, pourraient porter atteinte à la santé des patients. Il faut prévoir des programmes d'entretien préventifs qui permettent de déterminer pendant combien de temps les machines fonctionneront encore de façon optimale⁸.
- Le service achats est soumis à un certain nombre de contraintes qui rendent la gestion des achats particulièrement complexe. Premièrement, le service est confronté à la quantité et à la disparité des produits nécessaires pour faire fonctionner l'hôpital dans tous ses aspects (produits alimentaires, matériel de bureau, produits d'entretien, équipements infirmiers et médicaux,...). Deuxièmement, l'activité hospitalière se base sur un principe de continuité, ce qui a pour conséquence que l'hôpital ne peut jamais se trouver dans une situation de rupture de stock au niveau d'un de ses produits. Troisièmement, il est parfois difficile de standardiser les matériels utilisés, en raison de la diversité et de la spécialisation des services rendus. Et enfin,

7 Il faut remarquer que certains services de la logistique administrative (notamment les services entretien, achats et technique) ne sont pas limités à l'activité médicale, mais constituent en fait un support pour l'ensemble de l'hôpital. Il en va de même pour l'administration dont certaines prestations (notamment la gestion du personnel) sont fournies à l'ensemble de l'hôpital.

8 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p.39.

l'activité de l'hôpital est largement imprévisible, ce qui a bien sûr des répercussions au niveau des achats.

1.2.3. La gestion hospitalière

Ce dernier centre d'activités englobe diverses fonctions de support qui ont pour but d'organiser certains aspects de l'activité médicale.

Parmi ces fonctions nous pouvons citer la gestion des lits, la gestion des rendez-vous, la gestion des dossiers médicaux, la gestion du programme opératoire et la gestion des horaires.

La gestion des lits consiste à attribuer un lit au patient lors de son admission à l'hôpital ou lors de son transfert vers un autre service au cours de son séjour, et à faire les démarches nécessaires lors du départ du patient.

La gestion des rendez-vous doit permettre de gérer efficacement les consultations dans les différents services de l'hôpital, ainsi que les demandes d'examens et les demandes de traitements spécialisés, aussi bien pour les patients hospitalisés que pour les patients externes.

Les dossiers médicaux, qui sont des documents importants retraçant l'historique et l'évolution de l'état de santé des patients, doivent être rangés de manière efficace pour qu'on puisse facilement les retrouver en cas de nécessité.

La gestion du programme opératoire consiste à optimiser l'occupation du bloc opératoire en tenant compte d'un certain nombre de facteurs, tels que l'urgence de l'intervention chirurgicale, la disponibilité des médecins,...

La gestion des horaires consiste à fixer les heures de travail, les heures de garde,..., notamment au niveau du personnel infirmier.

Suivant l'hôpital où on se situe, ces fonctions peuvent être prises en charge par des personnes faisant partie de l'administration ou des services d'hospitalisation, ou par un service à part entière.

2. Les particularités de l'hôpital par rapport à l'entreprise

2.1. Les buts de l'hôpital

La mission principale de l'hôpital est de fournir aux patients un service hautement personnalisé, ce qui se traduit par des soins et des traitements adéquats au niveau médical et infirmier⁹.

En plus de cette mission, l'hôpital poursuit également des buts à caractère économique. Bien que l'objectif principal de l'hôpital ne soit pas de faire du profit, sa rentabilité et l'efficacité de sa gestion financière sont néanmoins indispensables à l'accomplissement de sa mission principale de soins aux patients. Le budget de l'hôpital devrait refléter le souci d'offrir une médecine de qualité au coût le plus économique possible¹⁰.

La littérature montre que le corps médical se sent peu concerné par ces buts économiques. Leur préoccupation principale étant de pratiquer la médecine, les médecins sont souvent indifférents vis-à-vis des fonctions administratives et des problèmes de gestion économique liée à l'activité hospitalière. Ils souhaitent préserver leur autonomie dans l'accomplissement de leurs tâches médicales, afin de réaliser la mission principale des soins aux patients. Il faut ajouter à cela que les médecins ont tendance à s'identifier à leur profession, plutôt qu'à l'organisation où ils l'exercent.

A ce niveau, se pose la question de savoir pourquoi les médecins font partie d'un hôpital. Mintzberg¹¹ cite plusieurs raisons qui peuvent expliquer cette adhésion des médecins à l'organisation hospitalière.

- Premièrement, l'hôpital permet aux médecins de partager des ressources qu'individuellement ils ne pourraient acquérir. Ainsi, il est quasi impossible aux médecins de se procurer les équipements sophistiqués dont ils ont besoin, mais l'hôpital leur offre la possibilité de les partager avec d'autres médecins.
- Deuxièmement, certains médecins sont obligés de faire partie d'un hôpital pour avoir des patients, car ceux-ci s'adressent d'eux-mêmes à l'hôpital pour se faire soigner.

9 Rakich J.S., Darr K. (ed), *Hospital organization and management*, Spectrum Publications Inc., 1978, p.19.

10 Sloane R.M., Leibov-Sloane B., *A guide to health facilities*, op. cit., p. 101.

11 Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, Paris, 1986, p.315.

- Troisièmement, les soins et traitements requièrent souvent l'intervention de plusieurs spécialistes à la fois. Ainsi, une opération chirurgicale nécessite au moins un chirurgien, un anesthésiste et une infirmière.
- Et enfin, la présence à l'hôpital de différents types de spécialistes rend possible le transfert d'un spécialiste à un autre lorsque le patient a besoin d'un autre type de traitement.

Les différents buts poursuivis par l'hôpital, tels qu'ils ont été énoncés ci-dessus, semblent assez contradictoires et sont, par conséquent, source de frictions entre ce que nous pourrions appeler la branche médicale de l'hôpital et sa branche administrative. Guillaume note que l'organisation hospitalière se trouve face à "deux systèmes de valeurs qui peuvent s'opposer et qu'il faut concilier"¹². D'un côté, il y a les médecins qui sont principalement préoccupés par l'amélioration de la qualité des soins, et pour qui la rationalité de l'approche économique s'accorde difficilement avec le caractère humanitaire de l'hôpital. Ils souhaitent appliquer aux malades les traitements et les techniques les plus avancées. D'un autre côté, il y a le gestionnaire, qui a comme souci principal la gestion des moyens financiers et le respect des budgets.

Comme le souligne Hacquart¹³, il existe une sorte "d'antagonisme entre le point de vue médical et celui de l'économiste". Selon Peers¹⁴, il est indispensable de concilier ces deux points de vue pour assurer une gestion efficace de l'organisation hospitalière, en raison du fait que les moyens financiers mis à la disposition des soins de santé deviennent de plus en plus limités.

Les décisions médicales prises par les médecins dans les unités de soins, peuvent avoir de lourdes conséquences économiques pour l'hôpital, notamment s'il s'agit d'une intervention qui nécessitera des investissements financiers importants. Dès lors, le médecin

"ne peut rester étranger aux problèmes économiques. Si en qualité de chef de service il assume la pleine responsabilité médicale de son service, il est aujourd'hui, de plus en plus considéré comme responsable de l'aspect économique de l'activité."¹⁵

12 Guillaume D., Modélisation du budget d'exploitation : application à un hôpital, mémoire, Faculté des Sciences Economiques et Sociales, FUNDP, 1989, p.33.

13 Hacquart G., Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière, Editions médicales et universitaires, Paris, 1976, p. 34.

14 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p. 44.

15 Hacquart G., Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière, op. cit., p. 34.

En ce qui concerne la mission de l'hôpital nous pouvons encore remarquer que l'hôpital peut poursuivre des buts complémentaires. Il s'agit notamment des hôpitaux universitaires qui, en plus de l'objectif principal des soins aux patients, poursuivent des objectifs de formation et de recherche¹⁶. Ceci peut avoir certaines conséquences au niveau de l'activité médicale, car les possibilités (moyens financiers, ressources humaines,...) dans un tel hôpital sont plus importantes. En effet, grâce à la recherche, les médecins sont au courant des techniques les plus récentes; et en plus, grâce à l'objectif de formation, le personnel est plus nombreux, ce qui facilite les relations avec le patient. Les hôpitaux universitaires reçoivent également divers subsides complémentaires liés à leurs missions de recherche et de formation.

2.2. Quelques différences fondamentales par rapport à l'entreprise

Les quelques caractéristiques que nous évoquerons ici, permettront de mettre en évidence la complexité et la spécificité de l'organisation hospitalière par rapport au monde de l'entreprise.

2.2.1. La variété des prestations

Comme le souligne Peers¹⁷, un hôpital peut réaliser près de 3000 prestations médicales différentes. En plus de cela, il faut encore compter toute la gamme de prestations, qui ne sont pas reprises dans la nomenclature de l'assurance-maladie, telles que les différents traitements paramédicaux. Il est, sans nul doute, très difficile de trouver une entreprise d'une taille semblable, qui fournit autant de produits différents.

Il faut également noter que cette énorme variété de prestations est en évolution permanente, ce qui a comme conséquence que les différents services qui apportent un support à l'activité médicale doivent s'adapter continuellement aux nouvelles exigences. Selon Peers¹⁸, ces adaptations peuvent être de différents types, telles que la transformation de l'infrastructure technique; les études de marché pour l'acquisition d'équipements sophistiqués; la mise-à-jour continue des systèmes de facturation et des logiciels qui réalisent cette facturation; l'engagement de personnel plus qualifié;...

16 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p. 48.

17 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p. 45.

18 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p. 46.

2.2.2. L'aspect financier

Une première remarque porte sur les contraintes financières imposées à l'hôpital. Comme toute autre entreprise, l'hôpital met en oeuvre certains "facteurs de production" (matériel, personnel,...), afin de fournir des services aux patients. Cependant, l'hôpital est soumis à certaines contraintes externes, qui sont beaucoup plus lourdes que celles imposées aux entreprises. Ainsi, l'hôpital "doit faire tenir les dépenses dans un cadre budgétaire et des limites qui lui sont imposées"¹⁹. En plus, "l'hôpital ne peut fixer ses prix et fonctionner selon les lois de l'offre et de la demande. Les prix sont établis de manière légale (...)"²⁰.

Une autre remarque concerne le financement de l'hôpital par les médecins²¹. Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital met à la disposition des médecins des locaux et divers équipements qui leur permettent d'exercer leur art. L'hôpital leur offre également toute une série de services dont ils ont besoin pour réaliser efficacement leur travail. Contrairement aux entreprises, l'hôpital est rémunéré par ses propres membres : les médecins paient l'hôpital pour les services, les bâtiments et les équipements qui sont mis à leur disposition, en rétrocédant une partie de leurs honoraires à l'établissement où ils exercent.

2.2.3. La qualité du produit

Un autre aspect porte sur l'évaluation de l'efficacité de l'activité hospitalière. Les critères permettant d'évaluer le rendement ne sont pas seulement d'ordre financier, mais portent essentiellement sur l'efficacité des soins. Comme le souligne Hacquart²²,

"il devrait être possible d'évaluer la satisfaction du malade, le bénéfice qu'il retire des prestations fournies dans tous les aspects, tant physiques que moraux, psychologiques et humaines, faisant apparaître une notion de rendement très différente de celle habituellement retenue dans la gestion de l'entreprise (...)"

Cette notion de rendement est essentiellement qualitative et très personnalisée, ce qui rend son évaluation plus difficile.

¹⁹ Hacquart G., Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière, op. cit., p.33.

²⁰ Guillaume D., Modélisation du budget d'exploitation : application à un hôpital, op. cit., p. 33.

²¹ Le problème du financement des hôpitaux est abordé au paragraphe 3.2.

²² Hacquart G., Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière, op.cit., p. 43.

3. Les autres spécificités de l'hôpital

3.1. La position du médecin dans l'hôpital

Nous distinguerons deux aspects de la position du médecin à l'intérieur de l'hôpital : le statut du médecin et le mode de rémunération. Il est important de s'intéresser à ces aspects, car ils conditionneront en partie les rapports entre le corps médical et le personnel administratif, et plus largement les liens qui unissent le corps médical à l'organisation hospitalière.

3.1.1. Le statut des médecins

Comme le souligne Peers²³, les médecins peuvent travailler dans l'hôpital sous trois statuts différents : en tant qu'indépendant, employé ou fonctionnaire. Si le médecin a été nommé dans un hôpital appartenant à un CPAS, il a le statut de fonctionnaire. Dans les hôpitaux privés, la situation est plus confuse. Avant, on faisait la distinction entre, d'une part, les hôpitaux où tous les médecins venaient soigner leurs patients en tant qu'indépendants et, d'autre part, les hôpitaux où tous les médecins avaient conclu avec l'hôpital un contrat de travail. Dans la pratique on ne trouve cependant que des formes intermédiaires de ces deux situations extrêmes.

Peers met en évidence l'aversion qu'éprouvent certains médecins à l'égard du statut d'employé, car ce statut suppose un contrôle de la part de l'employeur, c'est-à-dire de l'hôpital. Certains médecins pensent que ceci va à l'encontre de leur droit de traiter librement leurs patients.

Par ailleurs, il est à noter que ce statut d'employé ne peut être supporté financièrement par la plupart des institutions hospitalières, en raison de l'absence de subsides suffisants.

3.1.2. Le mode de rémunération des médecins

Les cinq modes de rémunération prévus par la loi sont les suivants:

- "1° la rémunération à l'acte;
- 2° la rémunération fondée sur la répartition d'un "pool" de rémunération à l'acte, établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service;
- 3° la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un pool de rémunération à l'acte;

23 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., pp. 83-84.

- 4° la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire;
- 5° une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du pool des rémunérations à l'acte."²⁴

Depuis 1987, la loi prévoit que la réclamation aux patients du prix des prestations médicales et des frais d'hospitalisation doit se faire par une seule et unique facture. L'hôpital perçoit donc les rémunérations des prestations médicales pour les répartir ensuite entre les médecins.

3.2. Le financement des hôpitaux

Il existe en Belgique diverses sources de financement des hôpitaux: les subsides, le prix de journée, les honoraires médicaux et les paiements pris en charge par les patients eux-mêmes.

Les subsides, venant de l'Etat ou du Fonds de Construction des Institutions Hospitalières et médico-sociales, peuvent être octroyés pour la construction ou la modernisation de bâtiments et pour l'achat d'équipement médical²⁵.

Selon l'article 5 de la loi de 1973 relative au financement des hôpitaux, le prix de journée prend en compte l'aspect hôtellerie et soins infirmiers de l'hospitalisation. Plus précisément, il couvre "tous les frais se rapportant à l'admission, au séjour et aux soins du patient en chambre commune, ainsi qu'à son départ de l'hôpital"²⁶. Cet article de loi montre clairement que le prix de journée ne prend pas en compte les honoraires médicaux et paramédicaux. Ceux-ci doivent, par conséquent, être payés par le patient lui-même ou, à sa place, par une mutuelle²⁷. Le prix de journée ne prend pas non plus en considération le coût des spécialités pharmaceutiques.

Les composantes du prix de journée sont toujours les mêmes, qu'il s'agisse d'un hôpital public ou privé, d'un hôpital universitaire ou non. Toutefois, Gassilloud²⁸ remarque qu'un prix de journée plus important est accordé aux hôpitaux universitaires. En effet,

²⁴ Massion J., L'hôpital intégré, Centre Médical Saint-Luc, 1987, P.127.

²⁵ Massion J., L'hôpital intégré, op. cit., p.16.

²⁶ Pour plus de précisions concernant les dépenses hospitalières couvertes par le prix de journée : Gassilloud B., L'hospitalisation en Europe : Etat actuel - Perspectives d'avenir, thèse de doctorat, Faculté de droit et des sciences politiques, Université des sciences juridiques, politiques et sociales de Strasbourg, 1975, pp. 208-209.

²⁷ Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op. cit., p. 91.

²⁸ Gassilloud B., L'hospitalisation en Europe : Etat actuel - Perspectives d'avenir, op. cit., pp. 209-210.

"afin de tenir compte des charges supplémentaires liées à l'enseignement et à la recherche, le prix de journée des hôpitaux universitaires comprend en sus un montant forfaitaire correspondant aux dépenses supplémentaires de personnel non remboursées par les organismes assureurs."

Le prix de journée représente en quelque sorte le tarif journalier, par lit occupé, qui est payé à la direction de l'hôpital. 75% de ce prix de journée sont payés par les mutualités; les 25% restants sont payés par le ministère de la Santé Publique.

La part du financement des hôpitaux par une partie des honoraires médicaux permet la location des locaux, l'achat de matériel médical, la rémunération du personnel infirmier surnuméraire par rapport aux normes légales et la couverture des frais administratifs non pris en compte par le prix de journée.

Enfin, le financement de l'hôpital est assuré par le paiement de certains frais par les patients eux-mêmes. Il s'agit notamment du coût supplémentaire qui, au-delà du prix de journée, est demandé au patient qui souhaite occuper une chambre particulière. Ces suppléments constituent pour l'hôpital une source importante de recettes.

L'ensemble des ressources financières perçues par l'hôpital s'avérant insuffisant pour couvrir tous ses frais de fonctionnement, les hôpitaux, tant publics que privés, doivent actuellement faire face à une situation financière déficitaire.

4. L'hôpital vu comme un système de décisions

Nous présenterons ici un certain nombre d'aspects liés au pouvoir de décision dans l'hôpital : les structures de décision légales, les multiples lignes d'autorité et, enfin, les acteurs externes qui peuvent influencer l'activité hospitalière.

4.1. Les structures de décisions légalement obligatoires

4.1.1. La structure managériale de l'hôpital

Dans l'hôpital, le législateur définit trois niveaux de management - le management est défini par la loi comme la prévision, l'organisation, la direction et le contrôle de l'activité. A chacun de ces trois niveaux, à savoir la politique générale, la gestion journalière et l'exécution, sont tout

naturellement associés une structure et des organes ou personnes (cfr figure 1.3)²⁹.

A. Le niveau de la politique générale

C'est à ce niveau que le gestionnaire, c'est-à-dire "l'organe chargé de la gestion de l'organisation de l'hôpital", décide, en concertation avec le corps médical, de la gestion générale de l'hôpital.

Dans le secteur privé - où souvent les institutions hospitalières se présentent sous la forme juridique d'une ASBL - c'est le conseil d'administration, mandaté par l'assemblée générale, qui remplit cette fonction. Dans le secteur public - où les hôpitaux dépendent majoritairement de CPAS - cette fonction est accomplie par un comité de gestion "dont la moitié est formée par des membres du CPAS et l'autre moitié par les techniciens ou directeurs de l'hôpital".

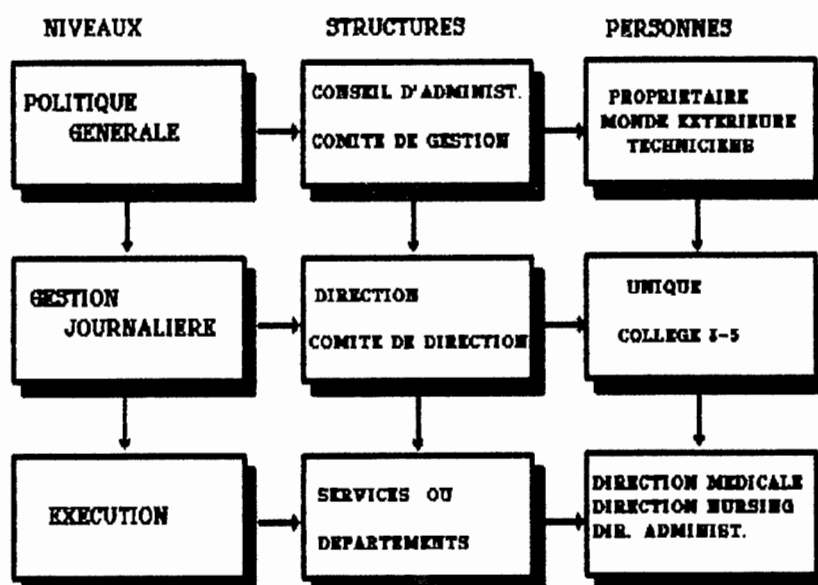


Figure 1.3 : Les 3 niveaux du management hospitalier

29 Massion J., L'hôpital intégré, Cercle Médical Saint-Luc, 1987, p. 40.

B. Le niveau de la gestion journalière

La gestion journalière est assurée par une direction professionnelle qui est "directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire".

Il faut remarquer ici que le législateur ne définit pas clairement par qui et comment cette gestion journalière doit être réalisée³⁰. On peut toutefois observer deux tendances, dans les hôpitaux privés comme dans les hôpitaux publics. Soit la gestion journalière est assurée par une direction collégiale (sous la forme d'un comité de direction, ou d'un comité de gestion mis en place par le gestionnaire), qui est composée de responsables des services médicaux, infirmiers, administratifs,... . Soit cette fonction de direction est confiée à une seule personne.

En pratique, la solution d'une direction collégiale est plus fréquente, surtout au niveau des hôpitaux publics où, comme le souligne Peers³¹, le comité de gestion est explicitement responsable des tâches de gestion journalière. Dans les hôpitaux publics, la politique générale et la gestion journalière sont donc très souvent accomplies par un même groupe de personnes, alors que, dans les hôpitaux privés, ces deux fonctions sont, la plupart du temps, séparées. L'inconvénient majeur d'un tel organe de gestion est sa rigidité et son incapacité de prendre des décisions rapides pour répondre aux exigences de la réalité hospitalière.

C. Le niveau de l'exécution

A ce niveau, on retrouve les responsables des grands services de l'hôpital : le médecin en chef, le responsable de la pharmacie, le chef des services infirmiers, des services administratifs et financiers et des services techniques... .

Un certain nombre de comités sont obligatoires dans toute entreprise d'une certaine taille, tels que le conseil d'entreprise ou le comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail. D'autres sont obligatoires dans toute institution hospitalière. Nous allons ici citer ces comités et expliquer leurs fonctions.

4.1.2. Le conseil médical

Le conseil médical est composé de médecins élus par l'assemblée des médecins hospitaliers. Le conseil médical est

30 Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op.cit., pp. 79-80.

31 Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op.cit., p.80.

associé à la prise de décision par le fait que le gestionnaire doit lui demander son avis sur des matières qui concernent les médecins .

Selon Peers³², l'avis émis par le conseil médical devrait être "obligatoire", s'il concerne des décisions importantes, telles que la création ou la suppression d'un service, l'achat d'équipements médicaux ou le licenciement d'un médecin. Par "obligatoire" il entend que, dans de telles situations, le gestionnaire ne peut prendre une décision opposée à l'avis du conseil médical.

Un autre rôle du conseil médical est de :

"veiller à ce que les médecins hospitaliers collaborent à des mesures propres à :

1° favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital;

2° promouvoir l'esprit d'équipe entre les médecins hospitaliers;

3° favoriser la collaboration avec les autres membres du personnel hospitalier et, en particulier, avec le personnel infirmier et paramédical;

4° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et d'autres médecins, en particulier le médecin généraliste ou le médecin traitant qui a envoyé le patient;

5° stimuler les activités médicales à caractère scientifique, compte tenu des possibilités de l'hôpital."³³

4.1.3. Le comité de concertation

Ce comité est très intéressant, car il est un lieu de rencontre entre d'une part le gestionnaire et d'autre part le conseil médical. Sa mission est de :

"...promouvoir la concertation entre le gestionnaire et le conseil médical. Le comité permanent s'efforce de parvenir à un consensus sur les matières qui requièrent l'avis du conseil médical. Lorsqu'ils sont parvenus à un consensus, les membres du comité sont tenus à le défendre auprès de leurs mandants."³⁴

Contrairement au conseil médical, le comité de concertation est promu par la loi et non pas imposé. En effet, comme le fait

32 Dr Peers J. e.a., Het ziekenhuis : een wereld in de wereld, op.cit.,p.85.

33 Massion J., L'hôpital intégré, op. cit., pp. 97-98.

34 Dossier réalisé par le service du personnel à l'intention du personnel, Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne.

remarquer Massion, il n'est pas possible d'imposer par la loi aux différentes parties, une disposition d'esprit, une "bonne volonté" qui permet d'arriver à un consensus³⁵.

4.1.4. Le comité d'hygiène hospitalière

Ce comité, composé de cadres et de médecins, a pour but d'édicter des règles d'hygiène qui doivent être respectées par tous. Ce comité a une vocation plus hospitalière que le traditionnel comité de sécurité et d'hygiène.

4.1.5. Le médecin-chef

Le médecin-chef est désigné par le gestionnaire qui recueille auparavant l'avis du conseil médical. Cette fonction est non cumulable avec celle de président du conseil médical.

Les compétences du médecin-chef sont les suivantes :

"Il est responsable de l'organisation et de la coordination générales de l'activité médicale de l'hôpital. Il participe à l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière.(...) Il assure une organisation rationnelle et adéquate des soins par l'utilisation optimale des moyens. Il doit pouvoir promouvoir les soins de qualité à l'hôpital."³⁶

4.2. Les multiples lignes d'autorité

Nous pouvons distinguer à l'intérieur de l'hôpital un double système d'autorité, où le pouvoir est partagé entre différents groupes d'acteurs³⁷.

Concrètement, cela revient à dire que, en analysant l'organigramme de l'hôpital, on observera deux lignes hiérarchiques.

D'un côté, il y a la hiérarchie médicale où le pouvoir est lié à l'expertise et à l'expérience professionnelle de chaque médecin. La complexité et la spécialisation des tâches qu'ils accomplissent leur permettent de jouir d'une autonomie importante dans la réalisation de celles-ci, ce qui constitue naturellement une source importante de pouvoir.

35 Massion J., L'hôpital intégré, op. cit., p. 111.

36 Massion J., L'hôpital intégré, op. cit., p. 54.

37 Rakich J.S., Darr K. (ed.), Hospital organization and management, op.cit., p.25.

D'un autre côté, il y a la hiérarchie administrative, où le pouvoir de chaque personne est déterminé par la fonction qu'elle occupe. Cette hiérarchie est composée des responsables administratifs de l'hôpital, ainsi que de tous les services où les médecins ne sont pas présents (services administratifs, logistiques et infirmiers).

La figure 1.4 représente cette double hiérarchie au travers d'un organigramme typique.

Il est à noter que cette double hiérarchie est à l'origine de certains conflits. Un exemple typique concerne le personnel infirmier qui, bien que se trouvant sous la responsabilité directe du responsable nursing, est amené à recevoir des ordres de la part des médecins avec lesquels il travaille³⁸. La résolution de ce genre de problèmes nécessite une bonne communication et une collaboration étroite entre les parties concernées.

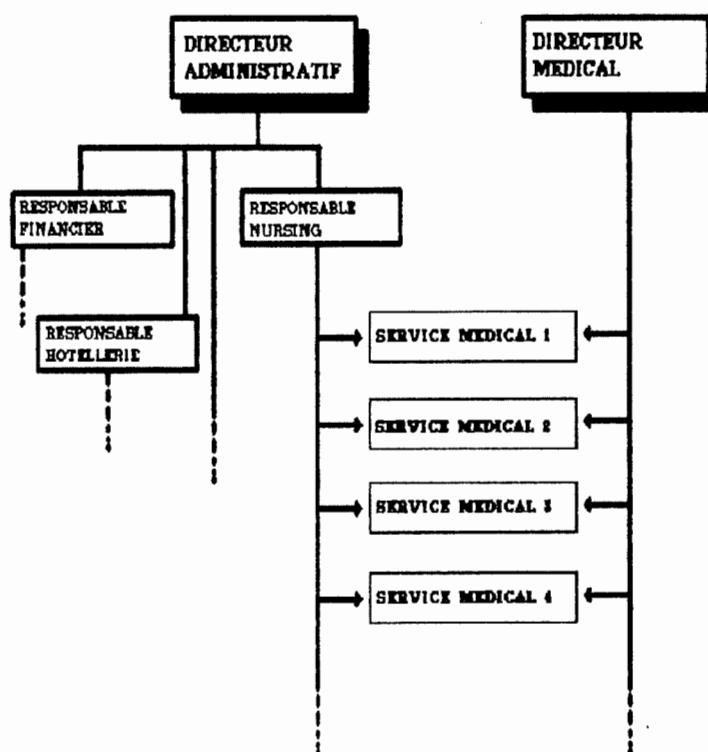


Figure 1.4: la double hiérarchie hospitalière.

4.3. Les acteurs externes

Les principaux acteurs que l'on trouve dans l'environnement de l'hôpital sont le propriétaire, l'Etat et les mutuelles. Les relations que l'hôpital entretient avec ces acteurs déterminent de façon considérable son fonctionnement.

38 Rakich J.S., Darr K. (ed.), Hospital organization and management, op.cit., p.26.

Le propriétaire

Il existe actuellement deux grands types d'hôpitaux, à savoir les hôpitaux privés et les hôpitaux publics³⁹. Jusque dans les années '60, la plupart des hôpitaux privés dépendaient d'une congrégation religieuse. A partir de cette époque, des modifications se sont produites dans la gestion des hôpitaux privés. La taille toujours croissante des hôpitaux et la complexité que cela entraîne au niveau de la gestion, ainsi que le développement rapide de la technologie médicale et le professionnalisme requis pour soigner les patients, rendaient plus difficile à la congrégation d'assurer elle-même une gestion efficace de l'hôpital. C'est ainsi que, dans de nombreux cas, la congrégation a transmis la gestion de l'hôpital à une ASBL. Ceci a donné à l'hôpital une plus grande indépendance, même si le cordon ombilical n'était pas coupé. L'hôpital est maintenant géré à travers le conseil d'administration de l'ASBL qui regroupe diverses personnes externes à l'hôpital ayant, pour la plupart, des compétences en matière de gestion.

Hormis les hôpitaux privés, il existe en Belgique des hôpitaux publics qui regroupent environ 35% de l'ensemble des lits. La plupart de ces hôpitaux sont la propriété du CPAS local. Ils n'ont pas de personnalité morale, ni de gestion autonome. Toutefois, la création, dans les années '60, d'un comité de gestion comprenant, en plus des membres du CPAS, des responsables de l'hôpital a permis de rendre la gestion des hôpitaux publics plus indépendante.

L'Etat

L'Etat met en oeuvre différents moyens pour influencer le fonctionnement de l'hôpital. Comme nous l'avons vu précédemment, l'Etat intervient au niveau du financement de l'hôpital par l'intermédiaire de subsides et du prix de journée, moyennant le respect par l'hôpital de certaines normes. Il faut cependant remarquer que les fonds mis à la disposition des hôpitaux sont notoirement insuffisants pour répondre aux besoins de plus en plus importants du monde hospitalier. Ajoutons à cela que la marge de manoeuvre des institutions hospitalières est fortement limitée par les nombreuses obligations légales qui leur sont imposées. Ainsi les hôpitaux publics, par exemple, doivent tenir compte de 71 lois, 7 décrets, 529 arrêtés royaux, 205 arrêtés ministériels, 28 arrêtés exécutifs et 28 règlements⁴⁰.

39 Dr Peers J. e.a., *Het ziekenhuis : een wereld in de wereld*, op. cit., pp. 75-78.

40 "Ziekenhuis in financieel bedje ziek", in : *Brugsch Handelsblad*, 23/11/1990.

Les mutuelles

Les mutualités jouent un rôle crucial dans le financement des hôpitaux, une de leurs principales fonctions étant "le remboursement des soins médicaux aux malades"⁴¹.

Hormis cette fonction principale, Leblanc et Poucet mentionnent d'autres fonctions assumées par les mutualités. Dans le cadre des relations qu'entretiennent les mutualités avec les hôpitaux, nous citerons la fonction suivante : "Les mutualités, et plus précisément les fédérations des mutualités, au travers d'ASBL qui gravitent autour d'elles, sont présentes dans le secteur médico-social : dans les hôpitaux, (...)"⁴². Les auteurs évoquent plusieurs raisons pour expliquer cette présence des mutuelles dans le secteur médico-social, telles que la volonté d'être "confronté à la gestion quotidienne de services de santé" afin de contrôler l'offre médicale de l'intérieur; le souci d'offrir des services de qualité à un tarif relativement modéré,...

D'autres raisons permettent de comprendre pourquoi les mutualités participent à la gestion des hôpitaux. Selon l'avis d'un responsable de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, les mutuelles sont soucieuses d'avoir "une certaine connaissance du terrain" et de disposer d'informations concrètes sur le fonctionnement des hôpitaux, afin d'assurer efficacement leur rôle de conseiller en matière de politique d'assurance-maladie et de politique de santé, auprès du comité de gestion de l'INAMI et auprès de la Santé Publique.

Avant de passer à la section suivante, résumons d'abord brièvement les caractéristiques principales du fonctionnement des institutions hospitalières.

L'activité hospitalière est centrée sur le patient. En raison des nombreuses tâches de support auxquelles fait appel l'activité médicale, on trouve, à l'intérieur de l'hôpital, des personnes ayant des compétences très diversifiées. Sur base des buts poursuivis par les divers acteurs, l'hôpital peut être divisé en deux grandes parties : d'une part la branche médicale où la qualité des soins aux patients est le but premier, d'autre part la branche administrative, qui est plus préoccupée par des buts à caractère économique. On retrouve ces deux points de vue divergents dans le double système d'autorité caractéristique des organisations hospitalières.

On voit donc clairement que, en raison de ses spécificités, l'hôpital nécessite un autre type de gestion que celle adoptée traditionnellement dans les entreprises. Cette gestion est rendue d'autant plus complexe que différents acteurs externes, et plus précisément l'Etat, régulent de nombreux aspects du fonctionnement des hôpitaux.

41 Leblanc S., Poucet Th., Les mutualités, Courrier hebdomadaire du Centre de Recherche et d'Information Socio-politiques (CRISP), numéro 1228-1229, 1989, p.6.

42 Leblanc S., Poucet Th., Les mutualités, op. cit., 1989, p.19.

Section 2: L'informatique hospitalière

Dans cette section, nous allons établir une distinction entre les différents niveaux d'utilisation de l'informatique à l'hôpital. Nous présenterons ensuite quelques études sur les rapports entre hôpitaux et informatique, puis, en ayant fait la critique, nous montrerons l'intérêt de notre approche organisationnelle.

1. Les quatre niveaux d'utilisation de l'informatique à l'hôpital

Dans l'utilisation de l'informatique à l'hôpital, on distingue classiquement 3 niveaux. A ces trois niveaux, nous en ajouterons un pour l'exclure, tout aussi vite, du champ de notre étude.

1.0. L'instrumentation médicale

On trouve ici le matériel informatique qui sert, de plus en plus, au guidage et au contrôle de l'appareillage médical. Par la suite, nous ne prendrons pas en compte ce niveau extrêmement technique, pour nous attacher à l'étude de l'informatique de gestion des soins de santé.

1.1. Le traitement des données administratives

Dans les hôpitaux, comme dans toute entreprise, l'informatique peut servir au traitement des données administratives. Ces traitements peuvent être identiques à ceux effectués dans toute entreprise, comme la comptabilité ou la gestion du personnel, ou propres à l'activité hospitalière, comme la gestion administrative des patients⁴³.

On remarque que les systèmes informatiques de traitement des données administratives sont plus développés dans les pays où, comme en Belgique, les prestations médicales sont remboursées à l'acte⁴⁴.

1.2. Le traitement des données médicales

Le traitement le plus important ici, concerne la tenue d'un dossier médical complet pour chaque patient qui doit pouvoir être consulté par tous en temps réel. A ce niveau, on trouve aussi un grand nombre de systèmes informatiques qui répondent aux besoins

43 Rowland H.S. / Rowland B.L., Hospital administration handbook, Aspen Publication, Rockville, 1984, p. 377.

44 Roger F.H., Médecine et informatique, Maloine S.A. Editeur, Paris, 1979, p. 98.

spécifiques de certains services tels que le laboratoire de biologie clinique, la radiologie, ou encore la pharmacie⁴⁵.

1.3. Hospital information system (HIS)

Ce niveau - aussi appelé dans la littérature Medical Information System, ou encore logistique hospitalière - consiste en une intégration totale des deux niveaux précédents. Il n'est donc pas indépendant de ces deux niveaux, mais se présente comme une étape avancée de l'informatique hospitalière.

La caractéristique principale de ce concept d'HIS est le recentrage de l'informatique hospitalière autour du patient. Ceci transparaît fort clairement des définitions suivantes d'un HIS.

Ainsi, Rowland parle d'un système basé sur l'informatique capable de:

"receiving, storing, distributing, and reproducing immediately on demand all information pertinent to a hospital. Such systems are called Hospital Information System, but we prefer to use the term *Medical Information System* because it emphasizes the patient care component"⁴⁶.

Cette définition est intéressante car elle met l'accent sur la composante médicale de l'HIS. L'informatique hospitalière ne s'occupe plus principalement, comme à ses débuts, de traitements administratifs, mais elle est centrée sur la vocation même de l'hôpital, l'activité médicale. Cette caractéristique est reprise plus loin par Rowland qui parle de systèmes :

"designed to serve medical functions, with business office functions becoming a byproduct."⁴⁷

Roger, lui, parle du concept d'Hospital Information System en utilisant le terme de logistique hospitalière qu'il définit de la manière suivante :

"La logistique hospitalière serait, par analogie au domaine militaire, l'art de combiner les moyens médico-administratifs relatifs aux patients dans un hôpital. Elle est basée sur deux principes: (1) capter l'information à la source, c'est-à-dire, éviter les redondances (...) (2) utiliser l'information d'un système partout où elle peut

45 Rowland H.S. / Rowland B.L., *Hospital administration handbook*, op. cit., p. 377.

46 Rowland H.S. / Rowland B.L., *Hospital administration handbook*, op. cit., p. 404.

47 Rowland H.S. / Rowland B.L., *Hospital administration handbook*, op. cit., p. 405.

l'être, c'est-à-dire intégrer les informations générées dans l'hôpital."⁴⁸

A travers ces deux définitions, on voit que l'informatique quitte sa place première de support aux traitements administratifs pour se répandre à travers l'hôpital sous la forme de support aux traitements des informations médicales qui deviennent ainsi la pierre angulaire du système informatique.

Pour que ceci soit possible, il est clair qu'un tel système doit couvrir l'ensemble de l'activité hospitalière et doit réaliser l'intégration de tous les systèmes d'information qu'ils soient administratifs ou médicaux.

2. Les études sur l'informatique hospitalière

Quand on fait un survol de la littérature traitant des relations entre informatique et hôpitaux, on s'aperçoit rapidement que l'on peut classer les études existantes en deux genres distincts.

D'un côté, on trouve des enquêtes à caractère statistique, de l'autre des conseils de type managérial proposant un "one best way" pour l'informatisation d'une institution hospitalière.

Nous allons ici, pour chacun de ces deux types, donner un aperçu des résultats de ces études, puis, en montrer les apports et les faiblesses.

2.1. Les études à caractère statistique

Afin d'illustrer ce que nous entendons par étude à caractère statistique, nous avons pris appui sur deux études largement diffusées dans la littérature.

2.1.1. Aperçu des études

* Nous évoquerons tout d'abord une étude à vrai dire fort ancienne, qui a été menée en 1976 aux USA auprès de 75 hôpitaux universitaires de plus de 250 lits⁴⁹. Parmi les résultats de cette enquête, relevons-en quelques-uns :

- 75% des hôpitaux possédaient un ordinateur "in-house" ou sur le campus adjacent;

⁴⁸ Roger F.H., Médecine et informatique, op. cit., pp. 101-102.

⁴⁹ Rowland H.S. / Rowland B.L., Hospital administration handbook, op. cit., pp 377-381.

- 70% des installations étaient fournies par IBM;
- les plus gros hôpitaux ne sont pas ceux qui dépensent le plus pour l'informatique;
- en moyenne, 55.8% des dépenses concernent le hardware;
- les développements futurs concernent principalement des applications interactives (37.5%) et des applications utilisant des SGBD (34.4%);
- les 12 applications les plus répandues sont répertoriées dans le tableau 1.1 . En moyenne, un hôpital a 8 de ces 12 applications informatisées;

| Applications | % |
|--------------------------------------|------|
| Facturation patients | 100 |
| Admission/Sortie/ Transfert | 95.2 |
| Paie du personnel | 92.1 |
| Budget | 85.7 |
| Comptabilité générale | 79.4 |
| Facturation fournisseurs | 76.2 |
| Inventaire | 69.8 |
| Gestion des immobilisés | 57.1 |
| Gestion des secteurs non-médicaux | 47.2 |
| Gestion du matériel | 42.9 |
| Gestion des rendez-vous | 39.7 |
| Enregistrement des commandes | 33.3 |

Tableau 1.1: les principales applications informatisées et leur fréquence⁵⁰.

- 78% de toutes les applications sont développées à l'hôpital;
- 15% des applications utilisent des SGBD;
- 68% des applications sont en mode batch.

50 Rowland H.S. / Rowland B.L., Hospital administration handbook, op. cit., p 379.

* La seconde enquête a été menée en 1987 par la MIM (Société Belge d'Informatique Médicale)⁵¹. Les résultats suivants ne prennent en compte qu'une partie de l'enquête, à savoir celle traitant de l'informatique hospitalière:

- 93% des hôpitaux généraux sont informatisés, 97% si on ne prend en compte que les hôpitaux de plus de 100 lits;
- l'informatique n'est, dans la majorité des hôpitaux, utilisée qu'à une fin administrative; et la plupart des applications médicales utilisent un matériel isolé. Les principales applications informatisées et leur fréquence sont répertoriées dans le tableau 1.2;

| Applications | % |
|--------------------------|----|
| Tarification-Facturation | 97 |
| Admission patients | 97 |
| Statistiques | 89 |
| Comptabilité | 85 |
| Pharmacie | 85 |
| Salaires* | 49 |
| Traitement de texte | 39 |
| Imagerie* | 31 |
| Achats-Stocks | 29 |
| RCM | 25 |
| Horaires personnel | 22 |
| Spécialités cliniques | 15 |
| Suivi dossier médical | 11 |
| Signaux électriques* | 10 |
| Repas | 9 |
| Système d'aide | 3 |
| Questionnaire patients | 1 |

Tableau 1.2 : Applications informatisées dans les hôpitaux généraux⁵² (*: valeurs sous-estimées).

- le laboratoire de biologie clinique (non repris dans le tableau précédent) est largement informatisé (90% des cas);

51 Beheets M., Roger F.H., De Moor G., Sevens C., Willems J.L., Informatique médicale en Belgique: résultat d'une enquête de la MIM, in : Journal de Réflexion sur l'Informatique, numéro 12, janvier 1989, pp. 32-35.

52 Beheets M., Roger F.H., De Moor G., Sevens C., Willems J.L., Informatique médicale en Belgique: résultat d'une enquête de la MIM, op. cit., p. 33.

- l'intégration de systèmes hospitaliers est très rare, seulement 5 hôpitaux possèdent un tel système;
- les hôpitaux préfèrent (89.3% dans la communauté francophone) adapter pour leurs besoins un logiciel existant, plutôt que de conclure un contrat avec une société de logiciels;
- on peut schématiser l'historique de l'informatisation des hôpitaux de la manière suivante : développement faible et lent entre 1962 et 1969 (3%), premier bond en 1970 (5%), progression rapide jusqu'en 1980 (52%), second bond en 1985 (+15%) et en 1986 l'informatisation des hôpitaux atteint 93%. Ce rapide développement de l'informatique dans la première moitié des années '80 est dû à l'obligation légale qu'ont eu les hôpitaux en 1985 (mesure annoncée en 1981) de transmettre les données concernant la facturation sur bandes magnétiques.

2.1.2. Critique des études

L'apport de ces études est de permettre de dresser un état des lieux de l'informatique hospitalière et de voir quelles sont les tendances qui se dessinent.

Toutefois, ces études établissent en quelque sorte des moyennes dans lesquelles, si tout le monde peut se reconnaître un peu, personne ne peut se reconnaître totalement. De plus, et c'est là la critique la plus importante, ces études ne nous donnent aucune information sur la dynamique de l'informatisation des hôpitaux, sur les problèmes qui ont émaillé ce processus et les solutions qui y ont été apportées.

2.2. Les conseils de type managérial

Parmi ces études nous en releverons deux grâce auxquelles nous illustrerons les résultats typiques de ce genre d'études.

2.2.1. Aperçu des études

- * La première de ces études concerne une procédure de choix idéale d'un système informatique pour un hôpital. Cette procédure de Williams et Toole, citée par Rowland⁵³, comporte les sept étapes suivantes:

53 Rowland H.S. / Rowland B.L., Hospital administration handbook, op. cit., p. 384.

*** Identification des besoins**

Quelles sont les applications demandées ? En quoi consistent-elles exactement ? Quels sont les bénéfices attendus ?

*** Détermination des choix hardware et software**

Le système sera-t-il partagé ou sur site ? La maintenance du software et du hardware sera-t-elle assurée par le vendeur ? Le vendeur fournira-t-il le personnel d'exploitation ?

*** Rédaction du cahier des charges***** Définition des critères sur lesquels les offres reçues seront jugées**

Les offres reçues seront, par exemple, jugées sur leur capacité à répondre aux besoins spécifiques de l'hôpital, sur la qualité de la documentation du système ou sur l'expérience du vendeur dans ce secteur.

*** Evaluation des offres reçues**

Cette évaluation se base sur la capacité des vendeurs à répondre aux critères définis durant l'étape précédente.

*** Présentation des systèmes et visites d'hôpitaux où ils sont en exploitation***** Choix définitif du software et du hardware**

- * La seconde de ces études de type managérial concerne les différents choix qu'il est possible de faire lors de l'installation d'un système et les avantages et inconvénients afférents. Ces grands choix identifiés par Schmitz, cité par Rowland⁵⁴, sont les suivants:

*** Différents types d'achats d'hardware et de software**

Les systèmes informatiques peuvent soit être développés entièrement à l'hôpital, soit, à l'opposé, fournis, installés et gérés par un vendeur. Chacune de ces deux approches a comme avantages ce qui étaient les inconvénients de l'autre. Ainsi, le développement maison coûte relativement cher pour un système très bien adapté aux besoins de l'hôpital, mais dont les performances ne sont pas toujours optimales. A l'inverse un système géré par un vendeur est relativement performant et peu cher, mais souvent mal adapté aux spécificités de l'hôpital.

54 Rowland H.S. / Rowland B.L., *Hospital administration handbook*, op. cit., pp 389-401.

Entre ces deux extrêmes, existent bien sûr toute une série de solutions intermédiaires qui présentent les mêmes avantages et inconvénients, mais d'une manière moins tranchée.

*** Main-frame ou mini-ordinateurs, centralisation ou décentralisation**

La question est ici de savoir si l'informatisation de l'hôpital va se concrétiser par un gros système centralisé disposant de multiples terminaux ou par un réseau d'ordinateurs de taille moindre.

Les systèmes centralisés présentent les inconvénients d'un coût supérieur et, surtout, d'un manque de flexibilité et de liberté de choix parmi les applications disponibles. En plus de son coût moindre, le réseau de mini-ordinateurs présente l'avantage de mieux «coller» à l'activité de l'hôpital. Par contre, de graves difficultés se posent au niveau de la communication entre les composantes du réseau. Si les matériaux proviennent d'un même constructeur, les problèmes posés sont relativement raisonnables mais peuvent atteindre des proportions monstrueuses en cas de systèmes hétérogènes.

*** Systèmes extra-muros (shared) ou systèmes intra-muros (in-house)**

Le principal argument avancé en faveur des systèmes partagés est le relatif faible coût de cette approche. Par contre, développés loin de l'hôpital, ils risquent de ne pas être suffisamment adaptés à ses spécificités.

Les systèmes intra-muros peuvent, eux, être développés au rythme de l'hôpital et répondre plus facilement à ses besoins. Ils ont aussi l'avantage d'impliquer le personnel hospitalier dans leur développement. Les hôpitaux peuvent cependant avoir du mal à engager et à retenir un personnel suffisamment qualifié pour réaliser de tels systèmes. Outre ceci, le personnel médical, déjà fort occupé, devra libérer une partie de son temps pour participer au développement.

*** Quels utilisateurs ?**

La question est ici de savoir à qui vont être confiées les transactions avec le système informatique. Les utilisateurs seront-ils les médecins et le personnel soignant dont le temps est précieux et qui peuvent présenter de graves réticences face à la technologie informatique ? Ou alors, dedicacera-t-on une partie du personnel administratif à l'utilisation des ordinateurs, lui

faisant ainsi encoder des données dont le sens peut souvent lui échapper, et coupant le corps médical du contact direct avec les informations contenues dans le système informatique ?

Il semble que la réponse à la question de savoir quels seront les utilisateurs, doive être un compromis entre ces deux optiques opposées, seuls les médecins vraiment hostiles à l'utilisation de l'informatique se voyant adjoindre des personnes se chargeant de manipuler les ordinateurs à leur place.

2.2.2. Critique des études

Ces études peuvent sans nul doute, par leur côté pragmatique, aider les décideurs. Toutefois, leur caractère général est leur faiblesse. Elles évacuent tout contexte organisationnel et les conseils qu'elles prodiguent ne sont pas relativisés par rapport à ce contexte. Alors que, comme nous le verrons par la suite, et c'est là notre hypothèse de départ, ces caractéristiques organisationnelles influencent de manière prépondérante l'informatisation des hôpitaux.

Ainsi, pour analyser l'état d'informatisation d'un hôpital - que cette informatisation se limite aux traitements des données administratives, aux traitements des données médicales ou qu'elle consiste en un Hospital Information System, c'est-à-dire en une intégration des traitements médicaux et administratifs - ces études présentent, selon nous, la faiblesse de passer sous silence les interactions entre l'informatique et son contexte organisationnel.

Nous allons donc, pour vérifier l'hypothèse selon laquelle le mode d'informatisation des hôpitaux peut s'expliquer par son contexte organisationnel, réaliser trois études de cas qui composeront les chapitres 3, 4 et 5 de ce mémoire.

Mais avant d'en arriver là, nous allons présenter les deux outils - un pour l'organisation, l'autre pour l'informatique - qui vont nous permettre de mener à bien ces études de cas. Cette présentation constituera le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Les outils d'analyse

Introduction

Notre hypothèse est que l'on ne peut comprendre le mode d'informatisation d'un hôpital qu'à la lumière de son organisation.

Nous allons donc devoir, pour la confirmer ou l'infirmier, étudier d'une part le contexte organisationnel de l'hôpital et d'autre part son informatique. Nous pourrions alors mettre en évidence les liens éventuels qui existent entre une organisation hospitalière et son informatique.

Donc, avant de passer aux études de cas, nous allons nous donner les outils qui nous permettront de les mener à bien.

Ces deux outils, un pour l'analyse de l'organisation, un autre pour l'analyse de l'informatique, vont être présentés dans les deux sections formant ce chapitre.

Section 1 : L'outil d'analyse de l'organisation

L'étude de l'organisation repose sur la théorie organisationnelle de Mintzberg, très largement diffusée, et dont les différents paramètres sont facilement mesurables. Nous allons tout d'abord présenter les concepts de base de cette théorie, puis la grille d'analyse de l'organisation qui s'appuie sur cette théorie.

1. Les principaux concepts de Mintzberg¹

1.1. La structure

La structure de l'organisation constitue un élément essentiel de la théorie de Mintzberg. Elle peut être définie par les mécanismes mis en oeuvre par les acteurs internes à l'organisation pour diviser le travail en tâches distinctes et pour ensuite coordonner ce travail.

Mintzberg distingue les cinq mécanismes de coordination suivants :

¹ L'exposé des concepts théoriques est basé sur :

- Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op.cit.
- Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, les éditions d'organisation, Paris, 1982.
- Nizet J., Le modèle d'analyse des organisations de H. Mintzberg : présentation et discussion, FUNDP, Namur, 1989.
- DufRASNE C., Sottiaux M.-P., Infocentres et structures d'entreprises : aspects organisationnels de l'informatique utilisateur, mémoire, Institut d'Informatique, FUNDP, Namur, 1990, pp.16-20.

- L'**ajustement mutuel** fait appel à la communication informelle pour réaliser la coordination.
- La **supervision directe** est le mécanisme par lequel un responsable donne des ordres et contrôle le travail des autres.
- La **standardisation des procédés** spécifie ou programme à l'avance le contenu du travail, en imposant certaines contraintes à respecter.
- La **standardisation des résultats** spécifie à l'avance la performance à laquelle doit aboutir le travail.
- La **standardisation des qualifications** définit les compétences que les travailleurs doivent posséder pour pouvoir exécuter le travail.

L'organisation telle qu'elle est décrite par Mintzberg se compose de cinq parties fondamentales :

- Le **centre opérationnel** est composé des opérateurs de l'organisation qui assurent les tâches nécessaires à la production des biens et services et au support direct de cette production.
- Le **sommet stratégique** a les responsabilités les plus larges dans l'organisation et comprend le directeur général et les autres cadres dirigeants.
- La **ligne hiérarchique** relie le sommet stratégique au centre opérationnel en passant par des cadres intermédiaires qui se situent sur cette ligne d'autorité directe.
- La **technostructure** est composée d'analystes qui, à l'aide de méthodes et de techniques, conçoivent et planifient (c-à-d standardisent) le travail des autres et aident l'organisation à s'adapter à son environnement.
- La **logistique** englobe des unités spécialisées qui apportent un support indirect à l'activité de l'organisation.

1.2. Les paramètres de conception

Toute organisation conçoit sa structure sur base d'un certain nombre de paramètres, qui vont déterminer quels sont les mécanismes de division et de coordination du travail que l'organisation met en oeuvre. Nous décrirons brièvement chacun des paramètres de conception.

1.2.1. Les postes de travail

Les trois premiers paramètres se situent au niveau de la conception des postes de travail.

- La **spécialisation des tâches** précise comment s'effectue la division du travail, en se basant sur le nombre de tâches associées à un poste et sur le contrôle qui s'exerce sur le

travail. Le travail est spécialisé horizontalement s'il comprend un petit nombre de tâches; il est spécialisé verticalement si la réalisation et le contrôle du travail sont séparés.

- La **formalisation du comportement** est le paramètre par lequel le travail est standardisé par des procédures ou des règlements. On dira que la structure d'une organisation est "bureaucratique" si son comportement est prédéterminé et prévisible, c-à-d standardisé; par contre, si le comportement d'une organisation ne peut être standardisé en raison de son caractère innovateur, sa structure sera qualifiée de "organique".
- La **formation** et la **socialisation** spécifient, d'une part, les connaissances et les aptitudes requises par le travail et, d'autre part, le système de valeurs et les comportements partagés par les membres de l'organisation. Souvent, les gens sont formés et socialisés en dehors de l'organisation.

1.2.2. La superstructure

La conception de la superstructure de l'organisation se base sur deux paramètres :

- Le **regroupement** des postes de travail en **unités** met en évidence le système d'autorité formelle (c-à-d la façon dont s'opère la supervision directe), qui est représenté symboliquement par l'organigramme. Il encourage également l'ajustement mutuel, car les membres d'une même unité ont tendance à coordonner leur travail par des communications informelles.
Le regroupement peut être de deux types : le regroupement **par fonction**, où les postes sont regroupés selon la nature de l'activité ou selon les compétences requises par cette activité; le regroupement **par marché**, qui se fait sur base des produits, des services, des clients ou de la localisation.
- La **taille des unités** est déterminée par le nombre de postes qui composent ces unités. Elle dépend largement des mécanismes de coordination utilisés dans l'organisation. Ainsi, une forte standardisation impliquera des unités de grande taille; par contre, si la supervision directe ou l'ajustement mutuel sont utilisés, on trouvera des unités de petite taille.

1.2.3. Les liens latéraux

Si le regroupement en unités rend plus facile la coordination à l'intérieur des unités, il n'en va pas de même pour la coordination entre unités distinctes. Celle-ci peut cependant être réalisée par la conception de liens latéraux, qui sont divisés en deux catégories :

- Les **systèmes de planification et de contrôle** spécifient les résultats qu'il faut obtenir (à l'aide de budgets, de programmes, d'objectifs ou de plans opérationnels) et vérifient ensuite si ces résultats ont été atteints. Ils opèrent donc essentiellement par le biais de la standardisation des résultats.
- Les **mécanismes de liaison** font plutôt appel à la supervision directe et à l'ajustement mutuel pour régler les problèmes de coordination entre unités. On peut regrouper ces mécanismes en plusieurs ensembles:
 - Les **postes de liaison** assurent des contacts directs entre unités, en court-circuitant la hiérarchie; un tel poste n'a pas d'autorité formelle, mais bénéficie d'un large pouvoir informel, car il se trouve au centre de nombreux flux de communication.
 - Les **groupes de projet et comités permanents** sont des groupements interdépartementaux qui se réunissent régulièrement, soit pour résoudre un problème particulier, soit pour discuter de sujets d'intérêts communs.
 - Les **cadres intégrateurs** poursuivent les mêmes objectifs que les postes de liaison, à ceci près qu'ils jouissent d'une certaine autorité formelle.
 - Les **structures matricielles** sacrifient le principe de l'unité de commandement, du fait qu'elles créent une double structure d'autorité qui rend plusieurs cadres conjointement responsables d'une même unité.

1.2.4. Le système de prise de décision

La conception du système de prise de décision est assurée par un dernier paramètre, à savoir la **décentralisation** de la

structure, qui consiste en une dispersion du pouvoir décisionnel entre de nombreuses personnes. On peut distinguer la décentralisation verticale, par laquelle le pouvoir est délégué vers le bas de la ligne hiérarchique, et la décentralisation horizontale, par laquelle le pouvoir passe à des personnes situées en dehors de la ligne hiérarchique.

1.3. Les variables explicatives

1.3.1. Les types de coalition interne

La coalition interne est constituée par les acteurs internes qui jouissent d'une certaine responsabilité dans l'organisation et qui interviennent dans les prises de décisions. Ces acteurs sont appelés par Mintzberg les détenteurs d'influence internes.

Il existe cinq types de coalitions internes (C.I.), dont les caractéristiques sont déterminées par la distribution du pouvoir décisionnel entre les détenteurs d'influence internes et par les moyens qu'ils sont capables d'utiliser pour exercer cette influence.

- La C.I. **personnalisée** est caractérisée par une centralisation du pouvoir au niveau du sommet stratégique. Le mécanisme de coordination dominant est alors la supervision directe.
- La C.I. **bureaucratique** est décentralisée horizontalement. Le pouvoir va vers les analystes de la technostructure, qui mettent en oeuvre la standardisation des procédés et des résultats pour coordonner le travail.
- La C.I. **idéologique** se base sur le concept d'idéologie, qui peut être considérée comme un système de croyances et de valeurs auquel tous les membres adhèrent. Cette idéologie agit comme un nouveau mécanisme de coordination qui égalise (et donc décentralise) le pouvoir entre les membres.
- La C.I. **professionnelle** met en présence des experts qui acquièrent un pouvoir considérable, en raison de leurs compétences spécialisées qui les rendent capables d'accomplir un travail complexe. Ils ont principalement recours à la standardisation des qualifications et aux ajustements mutuels pour coordonner leurs activités.
- La C.I. **politisée** met en évidence des jeux politiques qui entraînent un déplacement du pouvoir légitime et rendent instable la distribution du pouvoir dans l'organisation.

1.3.2. Les buts organisationnels

En toute généralité, on peut définir les buts d'une organisation comme étant une finalité qu'elle recherche à atteindre.

Une première distinction que l'on peut faire permet de savoir si ce que l'organisation affirme comme étant ses buts, correspond aux buts qu'elle poursuit effectivement. Ainsi, les buts **officiels** sont ceux qu'on retrouve dans les discours tenus par les dirigeants de l'organisation, alors que les buts **opérants** sont à la base des actions que l'organisation entreprend (telles que les décisions importantes qu'elle prend ou les contrôles qu'elle exerce).

Une autre distinction se situe au niveau de la nature des buts. Les buts **de mission** sont énoncés en termes de caractéristiques du produit, du service ou du client; ce sont des buts "altruistes" qui sont facilement avouables. Les buts **de système** sont énoncés en termes de caractéristiques de l'organisation ou de ses membres; ils sont plus "égoïstes" et partagés par toutes les organisations. La survie de l'organisation est typiquement un but de système. Si on prend comme autre exemple une école, un but de système serait le maintien de la clientèle, alors que le fait d'assurer des apprentissages serait un but de mission.

Comme nous l'avons vu précédemment, les organisations conçoivent leur structure en combinant de diverses façons les différents paramètres de conception. Mintzberg identifie un certain nombre de facteurs qui influencent ces paramètres et permettent de comprendre pourquoi une organisation se structure de telle façon plutôt que d'une autre. Parmi ces facteurs nous retiendrons ceux qui nous semblent être les plus pertinents pour notre analyse, à savoir l'environnement de l'organisation et le pouvoir qu'exerce sur elle la coalition externe.

1.3.3. L'environnement

On peut définir l'environnement organisationnel selon les quatre dimensions suivantes :

- La **stabilité** ou le **dynamisme** : Les conditions dans lesquelles l'organisation évolue sont-elles prévisibles ou non ?
- La **complexité** ou la **simplicité** : L'organisation doit elle maîtriser un savoir étendu et difficile pour mener à bien ses activités ?
- La **diversité** ou l'**intégration des marchés** : Les différents aspects des marchés de l'organisation (clients, produits, services, régions,...) présentent-ils un certain degré d'homogénéité ?
- Le caractère **hostile** ou **accueillant** : L'organisation est-elle soumise à la concurrence ? Quelles sont les relations qu'elle entretient avec des groupes externes à l'organisation ? Les ressources dont elle a besoin sont-elles disponibles ?

En général, un environnement dynamique donnera lieu à une structure organique; un environnement complexe à une structure décentralisée; une diversité des marchés à un regroupement des unités par marché; un environnement hostile à une centralisation temporelle du pouvoir.

1.3.4. La coalition externe

La coalition externe (C.E.) est composée d'acteurs qui se situent dans l'environnement de l'organisation et qui, sur base de la source de pouvoir dont ils disposent (des ressources financières, notamment des titres; un savoir-faire qui est crucial pour l'organisation;...) essaient d'influencer les processus de décision. Ils sont appelés par Mintzberg les détenteurs d'influence externes et on peut les classer en quatre catégories : les propriétaires de l'organisation; les associés (fournisseurs, clients, partenaires, concurrents,..., dans la mesure où ils tentent réellement d'influencer l'organisation); les associations d'employés (syndicats, associations professionnelles); les publics (gouvernement, groupes d'intérêts).

Les moyens d'influence externes que ces acteurs peuvent utiliser pour influencer les comportements de l'organisation sont classés parmi les cinq types suivants :

- Les **normes sociales** sont les systèmes de valeurs et les codes de comportement qui sont reconnus implicitement par toute organisation.

- Les **contraintes formelles** sont les règles précises qui sont imposées à l'organisation, par exemple sous forme de lois ou de réglementations.
- Les **campagnes de groupes de pression** sont les campagnes d'opinion, qui sont lancées dans le cadre d'un problème précis ou d'une décision particulière, afin d'agir directement sur l'organisation.
- Les **contrôles directs** sont les moyens personnels et directs d'influence, tels que le contact direct avec l'organisation, l'inclusion d'un acteur externe dans le processus de décision, l'installation d'un représentant à temps plein dans l'organisation ou l'autorisation de certaines décisions.
- La **participation au Conseil d'Administration** permet aux détenteurs d'influence externes d'être représentés dans le processus de prise de décision de l'organisation.

En fonction du nombre et du comportement collectif des détenteurs d'influence externes, on peut identifier trois types de C.E.

- La C.E. **dominée** ou unifiée se compose d'un seul détenteur d'influence important ou d'un ensemble de détenteurs d'influence qui agissent de manière groupée, et elle s'accorde naturellement avec une C.I. bureaucratique.
- La C.E. **divisée** comporte un petit nombre de détenteurs d'influence rivaux, entre lesquels existe un équilibre de pouvoir, et elle donne lieu à une C.I. politisée.
- La C.E. est **passive** si les détenteurs d'influence sont tellement nombreux et dispersés que le pouvoir de chacun d'entre eux devient de plus en plus diffus et réduit. Les C.I. personnalisée, idéologique, professionnelle ou bureaucratique s'accordent le mieux avec une telle C.E., car pour maintenir un pouvoir externe passif, il faut une C.I. où le pouvoir est clairement concentré.

1.4. Les configurations

Nous avons exposé, jusqu'à présent, un grand nombre de variables permettant d'analyser la structure des organisations. Ces variables peuvent être classées en deux catégories. D'une part, il y a les variables qui permettent d'identifier les caractéristiques structurelles des organisations, à savoir les paramètres de conception. Et d'autre part, on a les variables explicatives, à savoir les variables de contingence (telles que l'environnement) et les variables de pouvoir (les acteurs d'influence internes et externes, le

type de C.I. et de C.E. qu'ils forment et les buts poursuivis par l'organisation).

Mintzberg montre que, parmi toutes ces variables, certaines s'accordent mieux entre elles que d'autres. Les organisations auront donc tendance à constituer des combinaisons de variables plus naturelles et plus fréquentes que d'autres, afin d'atteindre un état d'équilibre et une harmonie. Ces combinaisons "naturelles", appelées par Mintzberg des **configurations**, constituent en fait une typologie, c'est-à-dire qu'il s'agit de configurations "pures" qui reflètent des orientations courantes dans la réalité, sans vouloir décrire exactement les organisations réelles.

Les configurations structurelles identifiées par Mintzberg sont les suivantes : la structure simple ou, sous l'angle politique, l'autocratie; la bureaucratie mécaniste et la structure divisionnalisée, appelées système clos sous l'angle politique; la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie, appelées méritocratie sous l'angle politique; l'instrument; le missionnaire; l'arène politique.

Soulignons toutefois que, dans la réalité, on voit souvent qu'une organisation emprunte ses caractéristiques à plus d'une configuration. Dans ce cas-là, on n'a plus affaire à une organisation "pure", mais bien à une organisation "hybride". Ce caractère hybride peut avoir plusieurs significations. D'un côté, on trouve les organisations qui, en vue de réaliser leurs buts et d'atteindre un état d'équilibre, ont des caractéristiques faisant référence à plusieurs configurations ou utilisent différentes configurations dans différentes parties de l'organisation. D'un autre côté, on trouve les organisations instables et en état de déséquilibre. Ce sont souvent des organisations qui, sous l'influence de certaines forces, sont amenées à transiter d'une configuration à une autre.

2. Grille d'analyse de l'organisation hospitalière

Partant des concepts de Mintzberg que nous avons présentés ci-dessus, nous avons établi une grille d'analyse des organisations hospitalières. Celle-ci s'inspire directement de la grille proposée par C. Dufrasne et M.-P. Sottiaux dans leur étude des relations entre l'infocentre et son environnement².

Toutefois, nous nous sommes permis de la remanier pour tenir compte du domaine particulier de notre étude, les institutions hospitalières. La

2 Dufrasne C., Sottiaux M.-P., Infocentres et structures d'entreprises : aspects organisationnels de l'informatique utilisateurs, op.cit.

grille à laquelle nous avons abouti nous a servi de base à la récolte des informations lors de nos stages.

L'analyse de l'organisation hospitalière est effectuée sous deux jours différents : une vision externe et une vision interne de l'hôpital.

La vision externe nous renseignera notamment sur l'histoire de l'hôpital, les services existants, la diversification éventuelle des activités, l'évolution de l'activité, les acteurs influents présents dans l'environnement de l'hôpital,... A partir de ces informations, nous pourrons identifier les facteurs contextuels vus dans la théorie de Mintzberg, à savoir l'environnement et la coalition externe.

La vision interne nous éclairera sur la structure et le fonctionnement de l'hôpital. La partie de la grille qui permet d'analyser ces éléments est composée de trois approches, chacune d'entre elles étudiant un aspect de l'organisation interne de l'hôpital. Les différents aspects mis en évidence sont l'autorité dans l'hôpital, les flux de travail et les flux d'information.

- L'analyse de l'autorité dans l'hôpital est basée sur l'organigramme de l'organisation et sur les organes de décisions existants.
- Les flux de travail montrent comment est organisé le travail dans les différents centres d'activités, c'est-à-dire de quelle façon est réalisée la conception des postes de travail et quels sont les mécanismes de coordination mis en oeuvre.
- Les flux d'information nous informent sur les relations informationnelles qu'entretiennent entre eux les différents centres d'activités et sur les mécanismes de liaison mis en place pour améliorer la communication.

L'examen de ces différents aspects de l'organisation hospitalière nous permettra de dégager les principaux paramètres de conception et les mécanismes de coordination utilisés, ainsi que la localisation du pouvoir dans ses composantes fondamentales et le type de coalition interne auquel cette distribution du pouvoir donne lieu.

Après avoir identifié les différentes variables structurelles et explicatives, nous tenterons de classer l'organisation hospitalière parmi les configurations possibles définies précédemment.

La grille détaillée permettant d'analyser le contexte organisationnel de l'hôpital est reprise en Annexe 1.

Section 2 : Les outils d'analyse de l'informatisation

Nous allons présenter dans cette section la grille d'analyse de l'informatisation ainsi que le cheminement qui y a conduit. Ensuite nous présenterons un schéma de l'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information.

1. Grille d'analyse de l'informatisation

Pour la récolte des données permettant l'analyse de l'informatisation d'une organisation, nous avons repris quasiment telle quelle la deuxième partie de la grille d'analyse proposée par C. Dufrasne et M.-P. Sottiaux³. La seule modification véritablement apportée à cette grille consiste en une identification plus fine du personnel avec qui le département informatique est en relation. Ainsi nous distinguerons les relations du corps médical avec l'informatique de celle du personnel soignant, aussi bien que de celle du personnel administratif ou que de celle du personnel logistique.

Nous allons, ici, présenter brièvement la démarche ayant soutenu la réalisation de cette partie de la grille d'analyse⁴.

Dufrasne et Sottiaux partent d'un des plus célèbres modèles représentant l'évolution de l'informatique dans les entreprises, le modèle de Nolan⁵. Dans ce modèle, Nolan décrit un cycle d'évolution de l'informatique dans les organisations en six étapes : initiation, propagation, contrôle, intégration, gestion des ressources et maturité. Chacune de ces six étapes peut être identifiée à partir d'une configuration particulière de valeurs que prennent six indicateurs : le budget de l'informatique, la technologie, le portefeuille des applications, l'attitude du management vis-à-vis de l'informatique, les interactions avec les utilisateurs et l'organisation du service informatique (le modèle complet de Nolan, donnant pour chaque étape la valeur des différents indicateurs est représenté par la figure 2.1). Ce modèle se base sur les trois niveaux de la hiérarchie de gestion du modèle d'Anthony. Ces trois niveaux sont le contrôle opérationnel, le contrôle de gestion et la planification stratégique.

Puis, en s'appuyant sur Cl. Lobet, Dufrasne et Sottiaux critiquent l'aspect "déterminisme technologique" et universel de ce modèle. En effet dans le modèle de Nolan, c'est la technologie qui semble conditionner tout

3 Dufrasne C., Sottiaux M.-P., Infocentres et structures d'entreprises : aspects organisationnels de l'informatique utilisateur, op. cit.

4 Dufrasne C., Sottiaux M.-P., Infocentres et structures d'entreprises : aspects organisationnels de l'informatique utilisateur, op.cit., pp. 13-15.

5 Nolan R.L., Managing the Crisis in Data Processing, in : Harvard Business Review, mars-avril 1979, pp. 115-128.

le processus d'informatisation de l'entreprise. "Tout se passe comme si l'organisation en tant que telle avait une existence propre en dehors de ses membres et s'adaptait progressivement à un environnement décrit dans ses caractéristiques objectives"⁶. De plus, ce modèle ne prend pas en compte les originalités des différentes entreprises et décrit pour celles-ci des évolutions similaires. Ainsi, "tout se passe comme si on gommait l'histoire et l'expérience de chaque organisation dans ce qu'elle a de particulier au profit d'un parcours unique d'évolution qui n'est pas s'en rappeler le "one best way" cher à F. Taylor"⁷.

| INDICATEURS ETAPES | BUDGET | TECHNOLOGIE | PORTEF. DES APPLIC. | MANAGEMENT | UTILISATEURS | ORGANISATION INFORMATIQUE | |
|-----------------------|---|------------------------------------|---|--|--------------------------|---------------------------|------------------------------|
| | | | | | | | |
| INITIATION | SUIT LE C.A. | BATCH | APPLICAT. OPERATIONNELLE COUTEUSE EN PERSONNEL | LAISSER-FAIRE | HORS JEU | TECHNIC. | STRUCT. PAR SECT. FONCT. |
| PROPAGATION | AUGMENTE PAR RAPPORT AU C.A. | BATCH ET REMOTE BATCH | AUTRES TACHES OPERATION. | PROMOTEUR | ENTHOUS. SUPERFICIEL | PROGR. ORIENT. UTIL. | UNITES INFORM. MULTIP. |
| CONTROLE | DIMINUE PAR RAPPORT AU C.A. | APPARIT. BD ET TRAVAIL TRANSACT. | STANDARD. PROGRAM. ET FICHIERS | CONTROLE COUTS ET PLANS A MOYEN TERME | FRUSTRES | SPECIAL. EN GEST. | UNE UNITE ORGANIS. |
| INTEGRATION | AUGMENTE PAR RAPPORT AU C.A. | GENERAL. DES BD | INTEGRAT. DES TACHES OPERATION. | CONTROLE ET PLANS STRICTS | MIEUX FORMES ET INFORMES | EQUIL. TECHN. ET GEST. | AJUST. DE LA STRUCT. INFORM. |
| GESTION DES RESSOUR. | DIMINUE PAR RAPPORT AU C.A. | DEVELOP. CONTROLE DE LA DECENTRAL. | AIDE A LA DECISION DESTINEE AUX CADRES | PLANS A LONG TERME SCHEMAS DIRECTEURS | DE PLUS EN PLUS ACTIFS | ADMIN. DES DONNEES | |
| MATURITE | AMPLIFICATION DES PHENOMENES INAUGURES LORS DE L'ETAPE PRECEDENTE | | | | | | |

Figure 2.1: le modèle de Nolan.

6 Lobet Cl., La fonction informatique : une fonction en évolution ?, in : Journal de réflexion sur l'informatique, numéro 12, Namur, janvier 1989, p. 9.

7 Lobet Cl., La fonction informatique : une fonction en évolution?, op. cit., p.9.

Enfin, en suivant la suggestion de Cl. Lobet, Dusfrasne et Sottiaux réagencent les six indicateurs du modèle de Nolan selon le modèle de Leavitt (le modèle de Leavitt est représenté par la figure 2.2).

"Les variables du modèle (de Leavitt) n'étant plus des variables d'organisation mais des variables d'informatisation"⁸, elles se définissent de la manière suivante:

- La technologie est "l'arrangement matériel des moyens de traitement de l'information au sein des organisations. Ce concept fait référence à la notion de configuration informatique..."⁹ que nous mettrons en relation avec la typologie des configurations de Lasfargue¹⁰ représentée par la figure 2.3.

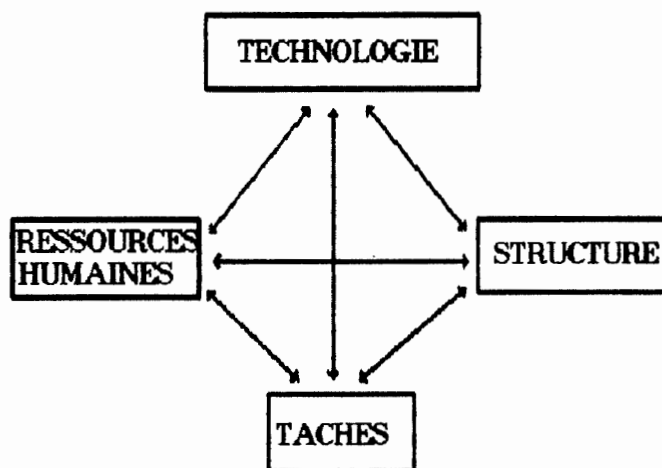


Figure 2.2 : le modèle de Leavitt.

- Les tâches seront définies par le portefeuille d'applications supportant l'activité de l'hôpital et les caractéristiques de ces applications.
- La structure renverra à la position du service informatique au sein de l'hôpital, sa structuration interne, ses rapports avec les utilisateurs, son budget, ses systèmes de planification et de contrôle.

8 Lobet Cl., Structures d'organisation et modes d'informatisation, Thèse de doctorat, Institut des Sciences du Travail, UCL, Louvain-la-Neuve, année académique 1990-1991 doctorat, pp. 146-147.

9 Lobet Cl., Structures d'organisation et modes d'informatisation, op. cit., p. 146.

10 Lasfargue Y., Vivre l'informatique, Les Editions d'Organisation, Paris, 1989, pp. 158-159.

- Les ressources humaines sont constituées par l'ensemble des personnes du service informatique.

La grille d'analyse de l'informatique à laquelle a abouti cette démarche est reprise en Annexe 1.

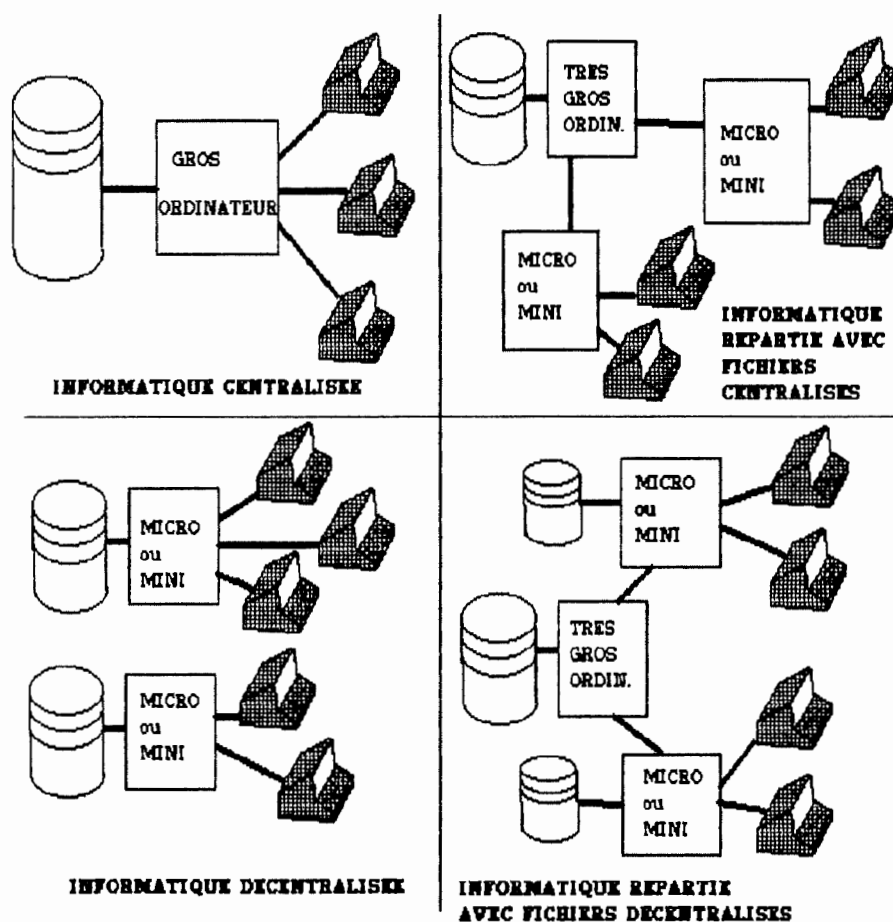


Figure 2.3: les configurations informatiques.

2. L'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information

Nous avons dit que la variable "tâches" du modèle de Leavitt serait définie par les applications présentes dans l'hôpital et supportant son activité.

Nous allons proposer ici une représentation schématique de tout hôpital sous la forme d'un ensemble de systèmes d'information (S.I.). Nous pourrons alors, par la réalisation d'une carte fonctionnelle de l'informatique, voir à quels systèmes d'information correspondent les

tâches informatisées à l'hôpital. Ce schéma nous servira aussi à cristalliser les demandes et les attentes du personnel.

D'après Bodart et Pigneur, un système d'information est:

"une construction formée d'ensembles :

- d'informations, qui sont des représentations - partielles- de faits qui intéressent l'organisation;
- de traitements qui constituent des procédés d'acquisition, de mémorisation, de transformation, de recherche, de présentation et de communication des informations;
- de règles d'organisation qui régissent l'exécution des traitements informationnels;
- de ressources humaines et techniques requises pour le fonctionnement du système d'information."¹¹

On peut donc voir l'hôpital comme un ensemble de systèmes d'information qui relient entre eux les "centres activités" identifiés dans le précédent chapitre. Ces systèmes d'information peuvent être regroupés en 5 catégories :

- le système d'information *support médico-technique* dont le but est de permettre aux services médico-techniques d'assurer correctement leur rôle de support vis-à-vis des services d'hospitalisation et de consultation;
- le système d'information *support administratif* dont le but est de permettre à l'administration d'assurer correctement son rôle de support vis-à-vis de l'activité hospitalière et de fournir une image financière de l'hôpital;
- le système d'information *support logistique* dont le but est de permettre aux services de la logistique d'assurer correctement leur rôle de support vis-à-vis de l'activité de l'hôpital, que celle-ci soit médicale ou non;
- le système d'information *gestion hospitalière* dont le but est de permettre à la gestion hospitalière d'organiser de façon satisfaisante l'activité hospitalière;
- le système d'information *échange de données avec l'extérieur* dont le but est de permettre la transmission des informations entre l'hôpital et d'autres organisations.

¹¹ Bodart F., Pigneur Y., Conception assistée des systèmes d'information, Méthode-modèles-outils, Masson, 1989, p. 1.

L'exemple simplifié suivant nous permettra de mieux comprendre le concept de système d'information.

Le laboratoire de biologie clinique (service médico-technique) réalise des analyses pour le service maternité (service d'hospitalisation). Deux fois par jour, les demandes d'analyse et les échantillons sont collectés dans la maternité par une infirmière de ce service qui vérifie leur complétude, ensuite elle se rend au laboratoire pour y porter les demandes et les échantillons. Au laboratoire une secrétaire reçoit les demandes et les encode sur un terminal. Une fois les analyses réalisées et les protocoles de résultats disponibles, ceux-ci sont déposés sur le bureau de la secrétaire du laboratoire. Quand elle dispose de 10 protocoles, elle les porte à la maternité.

Cet exemple de système d'information, reliant la maternité au laboratoire, entre bien sûr dans la catégorie des systèmes d'information *support médico-technique*. C'est une construction formée d'ensembles :

- d'informations (demandes d'analyse, protocoles de résultats,...);
- de traitements des informations (vérification des demandes d'analyse, encodage des demandes,...);
- de règles d'organisation (récolte des demandes deux fois par jour, attente de 10 protocoles pour les porter,...);
- de ressources humaines (l'infirmière, la secrétaire).

On voit donc clairement que cet exemple répond bien à la définition de système d'information.

Plus loin, on voit que ce système d'information relie entre eux deux autres systèmes d'information, à savoir le service de maternité et le laboratoire de biologie clinique. En effet, aussi bien le laboratoire que la maternité emploient des personnes qui, selon certaines règles d'organisation, traitent des informations dans les buts respectifs de réaliser des analyses biologiques et de dispenser des soins aux patients du service.

L'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information est représenté par la figure 2.4, où:

- S1 est le système d'information *support médico-technique*;
- S2 est le système d'information *support administratif*;
- S3 est le système d'information *support logistique*;
- S4 est le système d'information *gestion hospitalière*;
- S5 est le système d'information *échange de données avec l'extérieur*

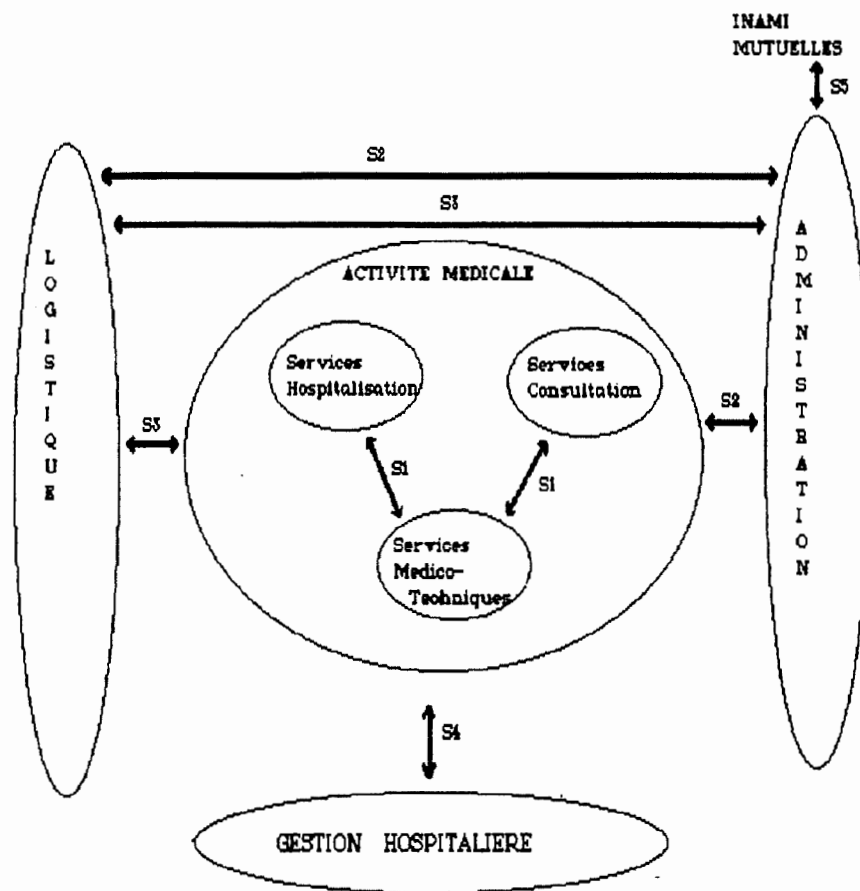


Figure 2.4 : l'hôpital comme un ensemble de S.I.

Maintenant que nous avons présenté nos outils d'analyse, nous allons, dans les trois chapitres suivants, les appliquer aux hôpitaux visités lors de nos stages. Nous pourrons donc donner un aperçu de chaque hôpital en tant qu'organisation, puis, dans un second temps, en étudier l'informatique et tenter de discerner dans le mode d'informatisation, l'influence de l'organisation.

Chapitre 3 :
Clinique et Maternité
Ste Elisabeth

Introduction

La clinique et maternité Ste Elisabeth de Namur est un hôpital privé de 275 lits. Un stage de deux semaines en novembre 1990 nous a permis d'étudier l'hôpital en tant qu'organisation ainsi que son état d'informatisation.

Nos observations sont basées essentiellement sur des interviews guidées par notre grille d'analyse. Nous avons pu ainsi rencontrer le directeur général, le responsable du service informatique et la majorité des responsables administratifs de l'hôpital. D'une manière générale, nous avons pu rencontrer la plupart des personnes en contact avec l'informatique. Nous avons également été renseignés, par des entrevues et des visites, sur le fonctionnement de services de types différents. Enfin, nous avons pu nous entretenir avec plusieurs médecins hospitaliers.

A partir des données ainsi récoltées, et en nous basant sur les éléments théoriques exposés précédemment, nous allons décrire l'organisation hospitalière et son informatique, et tenter d'expliquer cette dernière à la lumière de son contexte organisationnel.

Section 1 : L'organisation

1. L'hôpital et son contexte

1.1. Présentation de l'hôpital

1.1.1. Historique

La clinique et maternité Ste Elisabeth a été créée dans les années 1920 par la Congrégation Hospitalière des Soeurs de la Charité de Namur pour servir de lieu de stage aux élèves de l'école d'infirmières que cette même congrégation avait fondée quelques années plus tôt. La clinique faisait partie d'une entité juridique regroupant différentes institutions de la congrégation et ce jusqu'en 1974, date à laquelle l'hôpital prit le statut d'ASBL avec un conseil d'administration distinct.

Depuis 1975, date d'arrivée du premier directeur laïc à la clinique, la participation des soeurs à la gestion journalière de la clinique se fait de plus en plus discrète. Les fonctions qui autrefois étaient remplies par des religieuses le sont maintenant par des professionnels. Ainsi, le poste de directeur adjoint, qui autrefois était occupé par une soeur, a aujourd'hui disparu. Ou encore, le chef

nursing de la maternité, jadis une soeur, est maintenant une laïque. Même si depuis quelques années la présence des soeurs au niveau du conseil d'administration est en nette diminution, la congrégation reste toutefois partie prenante dans la définition de la politique générale de l'hôpital par l'intermédiaire de sa mère supérieure qui occupe la place d'administrateur délégué.

Cette longue période d'implication de la congrégation dans la gestion de l'hôpital n'a pas été sans influence sur celle-ci. Ainsi, beaucoup de nos interlocuteurs ont mentionné des lacunes au niveau de la gestion et de l'organisation de l'hôpital, héritages d'une époque où toute évolution était difficile.

Depuis quelques années, l'augmentation de l'activité de l'hôpital, et le nombre de plus en plus important de contraintes qui pèsent sur lui, rendent impossible la continuation de l'ancien type de gestion. Un des objectifs du nouveau directeur général est d'arriver à une gestion plus rationnelle, plus professionnelle à tous les niveaux de la clinique.

1.1.2. Présentation de l'activité

A l'hôpital, qui emploie plus de 800 personnes, l'activité médicale comprend les services suivants¹:

- les services d'hospitalisation : chirurgie, médecine interne, soins intensifs, oncologie, maternité, centre néonatal et pédiatrie. Ces services, qui représentent 275 lits, totalisent chaque année plus ou moins 85000 journées d'hospitalisation.
- les services de consultation : médecine interne, neurologie, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, gastro-entérologie, chirurgie générale, orthopédie, ORL, pédiatrie, stomatologie, ophtalmologie, gynécologie et oncologie. Si l'activité liée aux hospitalisations est relativement stable, l'activité polyclinique est, quant à elle, en pleine évolution. Elle représente actuellement près de 36000 consultations par an, contre seulement 6000 consultations il y a 4 ans.
- les services médico-techniques : le laboratoire de biologie clinique, la radiologie, le scanner, l'échographie, la radiothérapie et la dialyse rénale.

1 Informations recueillies dans une brochure à destination des patients.

Parmi ces services, trois sont indépendants : la médecine interne, la radiologie et la médecine nucléaire. Ce sont des SPRL hébergées par la clinique avec laquelle elles ont des relations de locataire à propriétaire. Nous verrons plus amplement au point 2.1.2. de cette section quelles sont les particularités de ces services au niveau de la gestion.

En plus de ces services médicaux, l'hôpital comprend les services suivants :

- les services logistiques : le service social, la cuisine, l'entretien, le service technique, la pharmacie, la diététique, l'archivage.
- les services administratifs : la comptabilité, l'admission, l'informatique, le service du personnel.

Il n'existe pas de service distinct chargé de remplir les fonctions de la gestion hospitalière :

- la gestion des lits est effectuée par l'admission et la maternité;
- la gestion des dossiers médicaux est effectuée par l'archivage, les services de consultations, les services d'hospitalisation et certains médecins.

1.1.3. Les médecins

Les médecins de la clinique ont un statut d'indépendant. Ils viennent donc à l'hôpital pour soigner leurs patients et, en contrepartie de l'infrastructure qui est mise à leur disposition, ils versent une partie de leurs honoraires médicaux à la clinique.

Cette forte indépendance des médecins, qui influencera considérablement les rapports entre le corps médical et la clinique, est visible non seulement au niveau de ces rapports mais également au niveau des relations au sein même du corps médical. L'exemple suivant illustre parfaitement la liberté d'action des médecins par rapport aux décisions de leurs pairs.

L'unité de soins intensifs comportant plus de lits que ceux qui étaient reconnus par le ministère, il fallait, pour pourvoir ces lits supplémentaires, engager du personnel infirmier qui ne serait pas financé par le ministère. Le conseil médical avait donné son accord pour que ce personnel soit financé par un prélèvement sur les honoraires médicaux. Mais, un des médecins hospitaliers a refusé cet accord et a quitté la clinique, emportant avec lui une clientèle importante.

On voit donc que, pratiquement, "il n'y a pas moyen de leur imposer quelque chose". Par conséquent, pour toute décision requérant l'approbation des médecins, il s'agit de les convaincre de son bien fondé.

1.2. Les facteurs contextuels

1.2.1. L'environnement

Il est évident que les soins dispensés aux patients "exige(nt) de l'organisation la possession d'un savoir étendu et difficile sur les produits"². Cette complexité, qui nécessite la présence de professionnels dans le centre opérationnel³, est la plus importante des dimensions de l'environnement de l'hôpital.

Quoique son environnement soit complexe, la stabilité est une autre caractéristique de celui-ci. En effet, les médecins appliquent, aux patients qu'ils soignent, des connaissances standardisées faisant partie d'un "répertoire de programmes standards", ce qui rend d'une certaine manière le travail prévisible⁴. De plus, s'il existe une certaine imprévisibilité du travail, due à l'impossibilité de prévoir l'arrivée d'un patient aux urgences par exemple, celle-ci disparaît quand on observe l'hôpital avec suffisamment de recul pour relativiser cette marge imprévisible par rapport à l'ensemble de l'activité hospitalière.

Etant donné le nombre de services présents à l'hôpital et le nombre encore plus grand de prestations possibles, nous pouvons établir une autre dimension de l'environnement : la diversité des marchés, qui provient ici "de la diversité des produits et des services"⁵.

Même si on ne peut pas vraiment parler de concurrence dans le monde hospitalier, la présence à proximité de plusieurs hôpitaux et d'une maternité a assurément une influence sur la vie de l'organisation et introduit un certain degré d'hostilité dans l'environnement. Cette hostilité de l'environnement, qui dépend également de "la disponibilité des ressources qui lui (l'organisation) sont nécessaires"⁶, est encore renforcée par la difficulté qu'éprouve l'hôpital à se financer.

2 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 246.

3 Le centre opérationnel regroupe les services "qui sont directement impliqués dans le travail de l'organisation", Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 38.

4 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 313.

5 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 247.

6 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 247.

Nous allons maintenant étudier la seconde composante des facteurs contextuels, à savoir la coalition externe.

1.2.2. La coalition externe

Nous examinerons ici le pouvoir que détiennent quatre types d'acteurs de la coalition externe, la Congrégation Hospitalière des Soeurs de la Charité, les patients, les mutuelles et le gouvernement.

La clinique ayant, depuis 1974, la forme juridique d'une ASBL, on ne peut plus vraiment dire que la Congrégation Hospitalière des Soeurs de la Charité possède l'hôpital et celui-ci doit alors être classé dans la catégorie que Mintzberg appelle "les organisations sans droit de propriété"⁷. Toutefois, la congrégation ayant fondé l'hôpital, ayant pendant près de 50 ans été son propriétaire, et tenant encore une place importante dans le conseil d'administration, la catégorie de la classification de Mintzberg qui lui correspond le mieux est bien celle des propriétaires. Une autre chose intéressante à remarquer est que ce propriétaire participe de moins en moins "directement et étroitement aux activités quotidiennes de l'organisation" cédant sa place à des professionnels.

Les patients, c'est-à-dire les clients de l'hôpital, semblent n'avoir que peu d'influence sur l'hôpital. Comme le dit Mintzberg, ils sont "prédisposés à traiter la mission de l'organisation comme son but premier"⁸, et c'est sur cette mission, la qualité des soins, qu'ils sont interrogés à leur sortie grâce à un questionnaire portant sur leur appréciation du séjour.

Les sociétés mutualistes jouent un rôle important en Belgique dans le financement des hôpitaux. "Elles servent d'intermédiaire entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les assurés sociaux; leur tâche essentielle consiste à encaisser les cotisations et à payer les prestations prévues par le régime de sécurité sociale belge".⁹

C'est dans ce cadre que les mutuelles vont rembourser à l'hôpital les dépenses faites pour assurer les soins de leurs affiliés.

7 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 74.

8 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 82.

9 Secrétariat général, division études et recherches, du Comité économique et social des Communautés européennes; Les organisations coopératives, mutualistes et associatives dans la Communauté européenne; Editions Delta, Bruxelles, 1986, p.232.

Le dernier acteur de la coalition externe que nous identifions est le gouvernement qui cherche en particulier à contrôler le comportement des organisations qui sont estimées, est c'est bien le cas pour tout hôpital, "touchant à l'intérêt public"¹⁰. Cette volonté du gouvernement d'influencer le comportement des institutions hospitalières s'exprime sous la forme d'une pléthore de lois et réglementations (contraintes formelles¹¹) qui régissent la plupart des aspects de la vie d'un hôpital.

Ce rapide passage en revue des divers détenteurs d'influence de la coalition externe nous permet de diagnostiquer une coalition externe divisée. Cependant, les compétences professionnelles détenues par les médecins du centre opérationnel (activité médicale) et leur indépendance leur permettent d'apaiser la plupart de ces détenteurs externes d'influence, du moins en ce qui concerne l'activité médicale proprement dite. Donc, la coalition externe qui semble divisée "s'avère en fait être mieux décrite comme étant passive"¹².

Cette coalition externe passive, qui n'est dominée ni par une mutuelle, ni par un CPAS, est très intéressante, car de plus en plus rare en Belgique. Cette passivité de la coalition externe, qui est intimement mêlée au haut degré d'indépendance des médecins, est une des caractéristiques principales du cas Ste Elisabeth.

2. Le fonctionnement de l'hôpital

2.1. L'autorité dans l'hôpital

2.1.1. L'organigramme

Comme l'illustre l'organigramme représenté par la figure 3.1, trois départements et six services se trouvent en dépendance directe de la direction générale de l'hôpital.

Les deux départements opérationnels, le département médical et le département nursing, sont subdivisés en services médicaux. Ces services médicaux sont regroupés par marché (chaque unité apporte des soins à un type particulier de patients) et par fonction (chaque unité regroupe des médecins et, quelques fois, des infirmières en fonction de leur spécialité)¹³.

10 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 88.

11 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 97.

12 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 510.

13 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit., p. 314.

La double ligne hiérarchique caractéristique des institutions hospitalières apparaît clairement au niveau des services médicaux.

D'un côté, nous avons les infirmières dépendant de la direction via le responsable du département nursing (hiérarchie administrative).

De l'autre côté, on trouve les médecins dépendant du médecin-chef (hiérarchie médicale) qui lui-même «dépend» du directeur général. Sur l'organigramme, rien ne différencie la position du département nursing de celle du département médical. Mais, alors que le responsable nursing dépend vraiment du directeur, le médecin-chef a un rôle de conseiller du directeur pour les matières médicales. A l'intérieur même de ces deux départements, on observe aussi de fortes différences. En effet, la hiérarchie médicale est beaucoup moins contraignante que la hiérarchie administrative. Effectivement, comment le médecin-chef peut-il "être le chef d'indépendants", d'autant plus qu'il "ne peut se prévaloir d'une plus grande compétence que ses pairs dans toutes les spécialités"¹⁴.

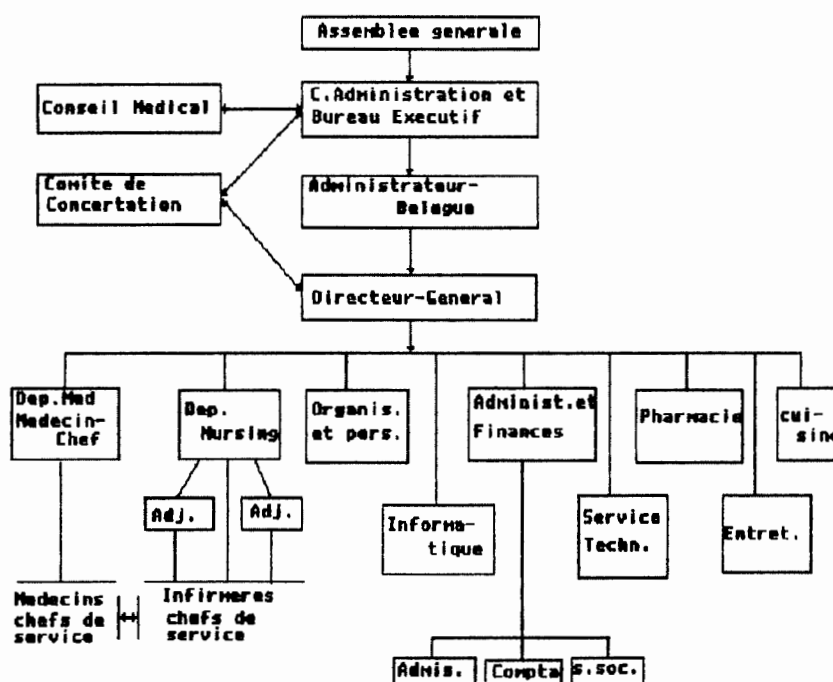


Figure 3.1 : organigramme de la clinique et maternité Ste Elisabeth

Le reste des départements et des services sont regroupés par fonction¹⁵. Parmi ceux-ci on trouve le département administration et finances (qui regroupe le service admission, la comptabilité et le service social), le département organisation et personnel, le département technique, la pharmacie, la cuisine, l'entretien et le service informatique.

Nous nous trouvons en présence d'une organisation n'ayant pas plus de trois niveaux hiérarchiques et présentant donc une structure aplatie, dans laquelle les unités opérationnelles sont regroupées par marché et par fonction, et les unités fonctionnelles¹⁶ par fonction.

On peut schématiser cette structure en ses cinq éléments de base que sont le centre opérationnel, la ligne hiérarchique, le sommet stratégique, les fonctions de support logistique et la technostructure¹⁷ (figure 3.2). Cette schématisation de la structure permet de bien mettre en évidence l'hypertrophie du centre opérationnel par rapport aux autres composantes de base de l'organisation. Ainsi, le département nursing représente à lui seul 75% du personnel total de l'hôpital¹⁸.

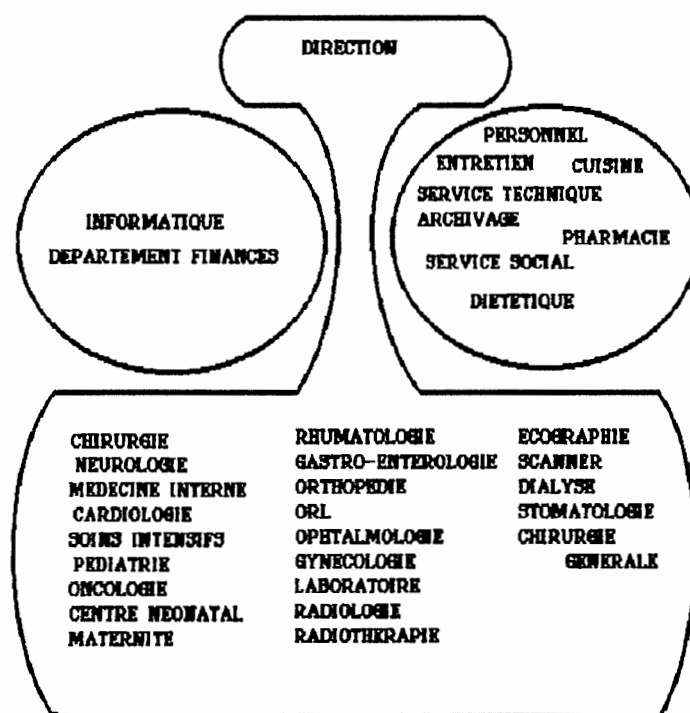


Figure 3.2 : les composantes fondamentales de l'organisation.

15 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 131.

16 Les services ou départements fonctionnels sont "ceux qui vis-à-vis de ce travail (opérationnel) occupent une position périphérique", Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 38.

17 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 37.

18 Chiffre cité par le responsable du personnel.

2.1.2. Les services indépendants

Les services indépendants présentent une petite structure pyramidale à la tête de laquelle se trouve le chef de service. Ils disposent de leur propre personnel administratif et infirmier, qui dépendent donc du chef de service et non plus de la direction de l'hôpital.

Il n'y a pas ici de double hiérarchie puisque les hiérarchies administrative et médicale typiques des hôpitaux sont personnalisées par une seule et même personne, le médecin chef du service.

Il est intéressant de remarquer que cette unicité de hiérarchie, ainsi que, il est vrai, la taille relativement limitée de ces services, sont identifiées par nos interlocuteurs comme une raison importante de la rapidité des prises de décision au niveau de ces services : "Toutes les demandes remontent directement au chef de service. Une décision ne traîne jamais".

2.1.3. Les comités

Dans ce paragraphe nous n'évoquerons que les comités dont le fonctionnement présente une originalité par rapport aux comités légaux que nous avons exposés dans le premier chapitre.

Un comité primordial, dont le fonctionnement est révélateur de nombreux problèmes de l'hôpital, est le comité de concertation. En effet, c'est là que se déroulent les discussions entre le corps médical et le conseil d'administration - il est intéressant de noter que c'est pratiquement la seule occasion où administratifs et médicaux s'asseyent à la même table. En applanissant les problèmes qui pourraient être soulevés, ce comité permet de faciliter les décisions au niveau du conseil d'administration. Ce comité, qui se réunit une fois par mois, est composé, pour sa partie administrative, du directeur de l'hôpital et de trois administrateurs, du président du conseil médical et de trois médecins, pour sa partie médicale. Le problème de la représentativité des médecins qui siègent dans ce comité peut être illustré par l'exemple suivant.

La répartition des lits entre les médecins hospitaliers a été débattue au comité de concertation. Cette répartition s'est faite selon des critères proposés par les médecins de ce comité, mais ces critères n'avaient pas été préalablement négociés avec l'ensemble des médecins hospitaliers, qui n'ont même pas été informés a posteriori.

Le problème mis ici en évidence est la difficulté qu'il y a pour la clinique de se trouver des interlocuteurs médicaux qui représentent l'ensemble de leurs pairs et non pas une partie seulement de ceux-ci. Il faut éviter que le contenu des débats du comité de concertation ne soit pas répercuté vers le conseil médical et l'ensemble des médecins de l'hôpital, pour que "certains médecins qui ne sont pas membres de ces comités ne se sentent pas en dehors du coup".

2.2. Les flux de travail

Nous allons nous attacher aux principales caractéristiques du travail effectué dans les différents centres d'activités de l'hôpital, à savoir l'activité médicale, l'administration et la logistique. La gestion hospitalière n'est pas prise en compte ici, car toutes les fonctions regroupées dans ce centre d'activités sont réalisées par des services faisant partie de l'administration ou de l'activité médicale¹⁹.

2.2.1. L'activité médicale

Comme nous l'avons signalé au chapitre 1, lors de l'analyse des centres d'activités, il existe à l'hôpital deux grandes catégories de personnes qui assurent la réalisation de l'activité médicale : le corps médical et le personnel infirmier.

A. Le travail des médecins

La coordination des tâches médicales

La caractéristique principale de l'activité des médecins est son professionnalisme. A travers leur formation, les médecins hospitaliers ont acquis des compétences spécialisées leur permettant d'accomplir les tâches médicales à l'aide d'équipements médicaux sophistiqués qui, de l'avis du directeur, sont des plus modernes. Ils prennent aussi connaissance des obligations professionnelles qu'ils doivent respecter et du système de valeurs commun à leur profession. Ici apparaît clairement l'importance de la formation et de la socialisation²⁰ dans la conception du travail des médecins.

¹⁹ La gestion hospitalière sera prise en considération lors de l'analyse des flux d'information.

²⁰ Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 109-113.

L'importance de ce paramètre de conception est due à la complexité et à la nature spécialisée des tâches médicales, et amène à conclure que la coordination sera principalement réalisée par la standardisation des qualifications²¹. En effet, les compétences que les médecins ont acquises pendant leur formation leur permettent de savoir à quoi s'attendre de la part des autres. Ainsi, comme le souligne Mintzberg, "le chirurgien et l'anesthésiste ont à peine besoin de communiquer" au cours d'une opération, car "les tracés, les pulsations et les lumières clignotantes sur l'équipement indiquent ce que chacun est supposé faire."²²

Regardons à présent dans quelle mesure les autres mécanismes, identifiés par Mintzberg, sont utilisés pour coordonner le travail des médecins.

La supervision directe

On peut remarquer que l'utilisation de ce mécanisme de coordination pourrait entraver la qualité du travail des médecins. En effet, les qualifications professionnelles dont ils disposent leur offrent une latitude et une indépendance dans la réalisation et le contrôle de leur travail, et une forte spécialisation verticale empêcherait les médecins d'exercer efficacement leur profession. Ceci explique pourquoi le médecin-chef de la clinique n'a pas un rôle d'autorité en vue de contrôler le travail des médecins, mais plutôt "un rôle de coordination pour l'amélioration de la qualité des soins"²³.

L'ajustement mutuel

Il nous est apparu que l'ajustement mutuel est peu utilisé pour coordonner l'activité médicale, notamment en raison de l'individualisme qui caractérise le comportement de nombreux médecins. Ce manque d'ajustement mutuel et de collaboration entre les médecins peut cependant poser des problèmes au niveau de la qualité des soins. Pour préciser quelque peu les problèmes dont il est question, prenons un cas particulier qui nous a été cité par plusieurs de nos interlocuteurs.

Il existe actuellement à la clinique un service médical où règne une mésentente entre les médecins. Celle-ci se traduit par la réticence qu'ils ont à divulguer des informations à leurs confrères. Cette réticence amène les médecins de ce service à conserver les dossiers médicaux de leurs patients aux archives médicales. Comme celles-ci ne sont pas accessibles en dehors des heures de bureau, ni

21 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 22.

22 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 310.

23 Propos tenus par le médecin-chef.

pendant les week-ends, un problème se pose inévitablement lorsqu'une urgence nécessite l'accès à un de ces dossiers médicaux durant ces heures.

La standardisation des procédés et des résultats

Au niveau des services médicaux, nous pouvons dire que l'hôpital ne met pas au point des standards pour coordonner les tâches médicales, car celles-ci sont trop complexes pour être programmées par des gens qui ne possèdent pas les compétences spécialisées des médecins.

Cette absence de standardisation et de formalisation du comportement des médecins caractérise non seulement le travail médical, mais aussi les tâches de gestion qu'accomplissent les médecins. Illustrons ceci sur quelques exemples.

- L'organisation du dossier médical est différente d'un médecin à un autre. Chez certains le dossier médical est composé d'un grand nombre de documents, alors que pour d'autres il est seulement constitué d'une fiche.
Il n'existe pas à l'hôpital un dossier unique par patient, mais un dossier distinct par spécialité, c'est-à-dire que si le patient s'est fait soigner dans quatre services différents, il aura quatre dossiers médicaux différents. Pour le moment la clinique essaie de rassembler, au niveau des archives centrales, tous ces dossiers qui, jusqu'à présent, étaient dispersés à travers toute la clinique.
- Au niveau des consultations, les médecins prennent les rendez-vous de diverses manières. Ils sont pris soit par les médecins ou leur conjoint, soit par les secrétaires travaillant aux consultations.
- La méthode d'identification du patient est différente d'un service à un autre. Ainsi, la médecine interne et la médecine nucléaire utilisent chacune leur propre méthode d'identification qui se distingue de celle utilisée par l'administration centrale.

Malgré ce manque de standards au niveau des tâches de gestion réalisées par les médecins, certains aspects de l'activité médicale sont standardisés à l'aide de contraintes, établies par la clinique, qui doivent être respectées par les médecins et qui contribuent ainsi à la coordination des tâches médicales. Citons les exemples suivants :

- Le médecin doit veiller à ce que l'admission de son patient se fasse avant 14H, afin de laisser aux services médico-techniques

- le temps d'effectuer les examens nécessaires avant l'intervention chirurgicale.
- A chaque médecin est attribué un nombre de lits maximum.
 - Les journées durant lesquelles les médecins peuvent opérer sont définies à l'avance.

Il est à noter que, à cause du caractère individualiste des médecins, ces standards ne sont pas toujours effectivement respectés.

Les problèmes liés à l'indépendance des médecins

Comme nous l'avons déjà signalé ci-dessus, l'expertise et l'indépendance dont jouissent les médecins sont la source de nombreux problèmes à l'intérieur de la clinique et ne facilitent pas toujours la coordination entre l'activité médicale et les autres centres d'activités de l'hôpital. La description de quelques situations qui se sont présentées à l'hôpital permettra de mieux se rendre compte du type de problèmes dont il s'agit.

Une première anecdote nous montre que les médecins n'arrivent pas à s'accorder pour prendre une décision.

Lors de l'aménagement d'une zone rénovée, on avait demandé aux médecins qui allaient l'occuper de se mettre d'accord sur un plan d'aménagement. Comme ils n'arrivaient pas à un consensus et que la décision ne pouvait pas être éternellement repoussée, l'administration a dû trancher.

Une autre situation met en évidence le refus de la part des médecins de procédures qui consistent à standardiser certains aspects de leur travail.

Lors de la mise en place à l'hôpital d'un formulaire reprenant les médicaments pouvant être prescrits par les médecins hospitaliers, il a fallu beaucoup de ténacité de la part du pharmacien et de la direction pour que le formulaire soit effectivement utilisé. Après une réticence initiale, les médecins ont enfin compris que l'uniformisation des médicaments pouvait s'avérer bénéfique pour eux aussi.

Une dernière anecdote fait apparaître le pouvoir que détient le médecin en raison de ses compétences spécialisées.

Parce qu'il tenait des consultations privées pendant la journée, un médecin opérait systématiquement à une heure où le bloc opératoire

était normalement fermé, ce qui entraînait une désorganisation du bloc et un rappel du personnel infirmier. Ce médecin trouvant un jour le bloc opératoire fermé, l'a fait ouvrir en prétextant une urgence. Comme seul un médecin peut juger du caractère urgent ou non d'un cas, le bloc opératoire a dû être ouvert et le personnel de garde appelé.

Signalons encore que la grande majorité des médecins éprouvent de l'aversion pour des tâches purement administratives car, comme nous l'avons souligné au chapitre 1, ils sont plus concernés par la qualité des soins que par les problèmes administratifs et financiers liés à l'activité hospitalière. Ce manque d'intérêt pour des tâches administratives se traduit, entre autres, par une négligence de la part des médecins lors du remplissage et de la transmission de documents. Illustrons ceci sur un exemple.

Si l'admission d'un patient est programmée, le médecin doit remettre au service admission une demande de préadmission qui est constituée de données administratives et médicales (jour d'hospitalisation, examens préopératoires à réaliser,...). Il arrive cependant que l'admission doive faire des démarches parce que le médecin n'a pas rempli cette demande de préadmission.

Il faut remarquer à ce niveau que les médecins des services indépendants sont plus sensibles à ces problèmes administratifs. Ils se rendent mieux compte, à travers la gestion de leur propre service, des problèmes purement administratifs qui sont liés à la gestion hospitalière.

B. Le travail du personnel infirmier

Le travail du nursing peut être qualifié de professionnel si on se limite aux tâches techniques et spécialisées des infirmières, qui sont coordonnées à l'aide de la standardisation des qualifications.

Si on observe de plus près le fonctionnement d'un service de soins, on se rend compte que les infirmières réalisent encore d'autres tâches, qui nécessitent d'autres mécanismes de coordination.

Il y a tout d'abord des tâches qui consistent à organiser le travail infirmier en fonction des besoins des patients.

Par exemple, une journée de travail à la maternité commence par une réunion du personnel infirmier, au cours de laquelle est

présenté le rapport de nuit (qui soulève les problèmes survenus depuis la veille) et sont réparties les tâches à effectuer. Il est clair qu'à ce niveau la coordination du travail est assurée par l'ajustement mutuel. Ce mécanisme de coordination est particulièrement important à la maternité où certains aspects du travail sont plus imprévisibles qu'ailleurs, car les accouchements ne sont généralement pas programmés.

En plus de ces tâches, les infirmières exécutent de nombreuses tâches administratives qui représentent environ 30% de leur temps de travail.

Parmi celles-ci, certaines peuvent être standardisées par des procédures. Il s'agit notamment de tâches répétitives, telles que les commandes de médicaments, les demandes d'examens,... qui sont réalisées à l'aide de documents standards. Nous pouvons aussi inclure dans ces tâches la tenue du dossier infirmier et la réalisation du Résumé Infirmier Minimum (RIM)²⁴, celles-ci étant également accomplies à l'aide de documents standardisés.

D'autres tâches administratives ne sont pas formalisables. Il s'agit notamment de la gestion des horaires (prise en charge par les chefs de service) qui est réalisée, non pas en appliquant aveuglément une procédure, mais en "tenant compte des desiderata de tout le monde".

Les infirmières estiment que, parmi toutes ces tâches, la collecte des données du RIM constitue une véritable surcharge de travail, qui est d'autant plus démotivante que, depuis trois ans, il n'y a pas de feed-back informationnel.

Elles pensent qu'un outil informatique performant pourrait éviter un tas de paperasseries et réduire ainsi la charge administrative qui leur échoit. Le temps libéré leur permettrait alors de consacrer plus de temps aux patients et donc d'améliorer la qualité des soins. En raison de la diminution de la durée d'hospitalisation, ce temps supplémentaire à accorder aux soins est d'autant plus important.

Selon l'avis du responsable nursing, l'informatique doit pouvoir améliorer les conditions de travail des infirmières. Il souligne également que cet outil ne pourra jamais remplacer

24 Le Résumé Infirmier Minimum est une combinaison de 23 critères qui permettent d'évaluer la charge de travail infirmier requise par un patient. Les hôpitaux sont légalement obligés de fournir, sur support magnétique, les données du RIM pour 4 périodes de 15 jours chacune. A terme, ces informations devraient servir à établir des forfaits par pathologie qui seront utilisés pour le financement des hôpitaux. Bien que promises, des retombées informationnelles pour l'hôpital (études épidémiologiques par exemple) sont toujours inexistantes.

l'infirmière, mais qu'il pourra cependant constituer une solution à la pénurie d'infirmières. L'informatique pourra rendre les infirmières plus disponibles auprès des malades et éviter d'engager de nouvelles infirmières que, de toute façon, on ne trouve plus sur le marché du travail.

Il est intéressant de noter que l'intégration d'une aide administrative dans les différents services permet de soulager les infirmières de la part considérable que prennent les tâches administratives dans leur travail.

En résumé, nous pouvons dire que le principal mécanisme de coordination mis en oeuvre par l'équipe soignante est la standardisation, c'est-à-dire que la coordination est en grande partie assurée par des standards qui prédéterminent ce qui doit être fait. D'une part, il y a les standards qui font partie des compétences que les médecins et les infirmières ont acquises pendant leur formation (standardisation des qualifications). D'autre part, il y a les standards élaborés à l'intérieur de l'hôpital sous forme de procédures (standardisation des procédés). Rappelons toutefois que, principalement en raison de l'indépendance des médecins, l'hôpital éprouve des difficultés pour leur faire respecter les procédures issues de cette standardisation des procédés.

En se référant aux concepts de Mintzberg la structure de l'activité médicale, qui découle d'une telle coordination, peut être qualifiée de "bureaucratique"²⁵. Comme nous le verrons plus loin, cette structure bureaucratique a un fondement professionnel qui résulte directement des compétences spécialisées que détiennent les médecins.

2.2.2. La logistique et l'administration

Nous avons regroupé ces deux centres d'activités car les services que l'on y retrouve présentent des ressemblances au niveau de la conception des postes de travail.

Illustrons ceci sur deux services représentatifs, à savoir la cuisine pour la logistique et la comptabilité pour l'administration.

A l'intérieur de la cuisine chaque personne réalise une tâche bien précise sous le contrôle direct du responsable de cuisine.

Le nombre de tâches assignées aux différentes personnes travaillant à la comptabilité est également restreint. Ainsi, une personne s'occupe de la tarification, une autre de la gestion des

25 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 100.

fournisseurs, encore une autre de la facturation,... Toutes ces tâches sont réalisées à l'aide de procédures qui déterminent ce qui doit être fait et qui formalisent ainsi le comportement du personnel.

Le travail réalisé dans ces deux services est donc fortement spécialisé²⁶, aussi bien horizontalement que verticalement, et les mécanismes de coordination dominants sont la supervision directe et la standardisation des procédés.

Certaines réserves doivent toutefois être faites sur la présence d'une telle standardisation à l'intérieur des services administratifs et logistiques. Ceci s'illustre particulièrement bien en analysant le mode d'organisation de la cuisine et de la diététique.

Il est clair que certains aspects du travail réalisé à la cuisine sont programmés par des standards. Ainsi le personnel sait que, sur base du menu élaboré conjointement par le responsable de la cuisine et la diététique, il faudra préparer tel repas, celui-ci étant composé d'ingrédients qu'il faudra traiter d'une façon prédéterminée.

Par contre, d'autres aspects de la gestion de la cuisine présentent des dysfonctionnements. L'histoire de l'hôpital nous permet de comprendre cette désorganisation. Avant, il y avait deux cuisines, la cuisine centrale gérée par les soeurs, et la cuisine «diététique» gérée par les diététiciennes, chacune ayant son propre personnel. Pour reprendre les termes de Mintzberg, le regroupement de ces unités était effectué par marché, non sur le produit (type de repas, régime ou non) mais selon la localisation (la cuisine «diététique» s'occupant de quatre services, la cuisine centrale des autres). Les unités de soins décidaient des régimes des patients, les diététiciennes donnant seulement des recommandations aux quatre services dont elles s'occupaient. Les repas commandés étaient livrés en vrac aux étages qui confectionnaient eux-mêmes les plateaux.

Le but poursuivi par le nouveau responsable de la cuisine est de rendre plus rationnelle la gestion de la cuisine, notamment à l'aide de procédures standardisées devant être utilisées par tous. Ainsi, les unités de soins disposeront d'un formulaire standard pour passer les commandes de repas, à partir desquelles la diététique (dont le rôle sera étendu à tout l'hôpital) établira des fiches de repas déjà utilisées dans de nombreux hôpitaux. La cuisine «réorganisée» regroupera les deux anciennes cuisines et confectionnera elle-même les plateaux sur base des fiches de repas, qui accompagneront les plateaux dans les unités de soins. Cette réorganisation rendra, sans aucun doute, plus efficace la gestion de la cuisine.

On peut remarquer ici que les personnes qui se sentent concernées par les problèmes de gestion rencontrés à la clinique et qui veulent

26 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 87-96.

tout mettre en oeuvre pour améliorer cette gestion, se heurtent au manque de professionnalisme de certaines personnes, ainsi qu'aux réticences qu'éprouvent beaucoup de gens à "changer leurs habitudes".

En conclusion, nous pouvons dire que, même si le travail de la logistique et de l'administration présente parfois un désordre et un manque de standardisation au niveau de la coordination des tâches, dans l'avenir, ceux-ci céderont la place aux modes d'organisation plus performants découlant d'un management professionnel qui s'instaure progressivement à l'intérieur de la clinique. Globalement, la structure de ces deux centres d'activités peut donc être qualifiée de "bureaucratique".

2.3. Les flux d'information

Intéressons-nous à présent aux systèmes d'information qui relient entre eux les centres d'activités²⁷, et plus particulièrement à une composante de ces systèmes d'information, à savoir les flux d'information qui circulent entre ces centres d'activités. Lors de l'identification de ces flux d'information nous évoquerons les problèmes de communication éventuels.

Nous décrirons ensuite quels sont les mécanismes qui, en dehors de ces flux d'information, permettent aux différents acteurs de l'hôpital de communiquer entre eux.

2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités

A. Les flux d'information entre l'administration et l'activité médicale

Les informations transmises par l'administration sont essentiellement les données administratives des patients. Ces données sont collectées par diverses personnes faisant partie de l'admission, des consultations ou des urgences. La transmission est assurée via les terminaux du système informatique central, ou à l'aide d'étiquettes qui sont distribuées dans les services médicaux. La liaison entre l'informatique centrale et le laboratoire permet à celui-ci d'accéder aux données administratives du patient.

Les informations transmises par l'activité médicale sont de divers types :

²⁷ cfr supra, figure 2.4.

- Les données les plus importantes sont celles qui permettent à la comptabilité de réaliser la facturation des hospitalisés. Cette transmission est effectuée par les médecins (pour les prestations médicales) et par l'unité de soins (si le patient a été transféré dans une chambre d'une autre catégorie de prix). Les données sont transmises à la comptabilité via les terminaux du système informatique central, à partir des systèmes décentralisés de médecine nucléaire et du laboratoire de biologie clinique, ou à l'aide de formulaires. Une fois toutes les informations rassemblées, on effectue la facturation. Il est à noter ici que l'informatisation de la facturation est perçue par certaines personnes de la comptabilité comme une perte de contrôle, car des données étant directement encodées par les services prestataires, un flux d'information non négligeable n'est plus traité par la comptabilité.
- En fin d'année, les services indépendants transmettent leurs comptes afin de les consolider avec les comptes de la clinique.
- Les unités de soins doivent transmettre à la comptabilité les bons de sortie des patients. A ce niveau il existe de petites frictions entre le nursing et la comptabilité, notamment lorsque celle-ci est prévenue trop tard du départ d'un patient et qu'une journée d'hospitalisation lui a été facturée en trop. Ces frictions résultent de la divergence des buts poursuivis par chacun de ces services.
- Les infirmières des différents services médicaux apportent au service informatique les données du RIM pour les faire encoder.

B. Les flux d'information entre l'activité médicale et la logistique

La majorité des informations envoyées par l'activité médicale vers la logistique sont faites sous forme de commandes (de médicaments, de matériel médical, de repas,...) ou de demandes de services (par exemple la demande de dépannage et d'entretien des divers équipements médicaux). Ces flux sont régulés par certains standards. Par exemple, les commandes de médicaments pour la maternité se font deux fois par semaine; les demandes de repas sont transmises à des heures déterminées de la journée...

C. Les flux d'information entre l'administration et la logistique

Le flux d'information le plus important ici est constitué des données relatives à la facturation des médicaments, ces données étant transmises par la pharmacie à l'aide du système informatique central. Les autres services rendus au patient tels que l'entretien de la chambre, la préparation des repas,... ne font pas l'objet d'un flux d'information destiné à la facturation, puisque ces services sont inclus dans le prix de journée.

D. Les flux d'information entre les services médicaux et les services médico-techniques

Nous nous limiterons ici à un flux d'information typique, qui véhicule une quantité d'informations très importante, à savoir celui qui relie les services d'hospitalisation au laboratoire de biologie clinique.

Les services d'hospitalisation envoient les demandes d'analyse au laboratoire. Une fois les résultats connus, le laboratoire envoie les protocoles aux médecins demandeurs. La transmission n'étant pas assez rapide, les médecins et les infirmières téléphonent très souvent au laboratoire pour connaître les résultats avant la réception du protocole.

Quelques remarques faites par le médecin-chef, qui s'intéresse aux problèmes liés à la gestion de l'hôpital, montrent l'importance de l'efficacité de la transmission des protocoles de résultats:

- "La législation impose aux hôpitaux un minimum de journées d'hospitalisation et on ne peut donc plus se permettre d'hospitaliser un patient sans rien lui faire. Par conséquent, il faut disposer d'un système qui permet d'accéder rapidement aux résultats des examens, afin de pouvoir mettre au point les traitements nécessaires."
- "Si un patient doit subir une opération hémorragique, il faut faire des tests préalables pour voir s'il faudra commander du sang à la Croix Rouge. En raison du retard des résultats de ces tests, il faut souvent en commander des quantités considérables, et peut-être inutiles. Et une commande de sang inutile constitue une perte financière non négligeable pour la clinique."

Le médecin-chef souligne à cet égard que l'utilisation d'un outil informatique pourrait éviter ces pertes de temps encourues

lors de la transmission des résultats d'examens à la personne demandeuse.

E. Les flux d'information entre l'activité médicale et la gestion hospitalière

Comme nous l'avons dit précédemment, il n'existe pas de service dédié à la gestion hospitalière, les fonctions de celle-ci sont assurées par des personnes réparties dans divers services de l'hôpital. Nous citerons ici deux exemples de flux de ce type:

- Lors du transfert d'un patient, le service médical contacte l'admission par téléphone pour lui demander de trouver un lit libre.
- Sur base des formulaires de préadmission, normalement fournis par les médecins, l'admission établit le planning du bloc opératoire.

2.3.2. Les mécanismes de liaison

Il existe à l'intérieur de la clinique des mécanismes de liaison²⁸ qui donnent à diverses personnes la possibilité de se rencontrer et d'améliorer ainsi la coordination au niveau de l'ensemble de l'hôpital.

Il y a des comités qui se réunissent régulièrement, et que nous classerons parmi les comités permanents²⁹ :

- Le comité d'éthique est composé du directeur général, de médecins, de trois membres du personnel infirmier, du directeur de l'école d'infirmières et de son adjoint. Il a pour but de mettre en présence des personnes de formations différentes pour accompagner une personne dans les problèmes d'éthique qu'elle peut rencontrer. Par exemple, si un médecin désire expérimenter un nouveau médicament à la clinique, il doit d'abord, à travers ce comité, recevoir l'approbation de ses pairs.
- Une réunion mensuelle permet au responsable nursing de rencontrer les différents chefs de service, afin de transmettre certaines informations et de réfléchir à des sujets d'intérêt commun. Il est à

28 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 155-172.

29 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 158-159.

noter que, en plus de cette réunion formalisée, une importance particulière est accordée aux contacts directs et informels sur le terrain.

D'autres comités, appelés par Mintzberg des groupes de projet³⁰, peuvent être mis en place pour résoudre un problème particulier :

- Il arrive que le directeur réunisse ses cadres, afin d'aborder un sujet particulier.
- Lorsque la clinique a décidé de mettre en place un système de distribution a priori³¹ des médicaments, le pharmacien a établi, en concertation avec le nursing, un formulaire standard pour les commandes de médicaments.
- Lors de l'élaboration par le pharmacien du répertoire des médicaments pouvant être prescrits à l'hôpital, un groupe de projet, composé du pharmacien, du directeur et de médecins a été créé.

Remarquons ici que, contrairement à d'autres hôpitaux, les mécanismes de liaison mis en place à la clinique sont relativement peu nombreux.

Mis à part le comité de concertation qui, comme nous l'avons déjà souligné au paragraphe 2.1.3., est caractérisé par son fonctionnement peu efficace en raison du manque de représentativité des médecins faisant partie de ce comité, il n'existe pas à la clinique de comités regroupant des médecins et des responsables administratifs. L'absence de tels comités reflète une fois de plus le caractère individualiste des médecins, qui préfèrent ne pas participer à des réunions dont le but est souvent de concilier différents points de vue, afin d'arriver à un consensus.

L'absence de comités au niveau administratif et logistique peut s'expliquer par l'inquiétude et la crainte que ressentent certaines personnes face aux changements organisationnels. Comme le souligne le responsable du personnel, beaucoup de gens ont "peur de faire bouger les choses" et ne voient pas tellement l'intérêt d'évoluer et d'adapter leurs modes de travail, puisque "on a toujours fait comme

30 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 158-159.

31 Il existe deux méthodes de distribution de médicaments :

- Dans la méthode de distribution a posteriori, les médicaments utilisés sont puisés dans les stocks situés dans les unités de soins. Ensuite, on notifie à la pharmacie centrale ce qui a été utilisé pour permettre la facturation et le réapprovisionnement.
- Dans la méthode de distribution a priori (ou individualisée), c'est la pharmacie qui délivre aux étages, contre prescription médicale, les médicaments. Bien que cette méthode soit plus lourde d'un point de vue administratif, elle permet de mieux contrôler la distribution des médicaments dans l'hôpital.

ça". Or, l'activité croissante de ces dernières années nécessite de la part de la clinique un management hospitalier performant qui doit se traduire par une gestion efficace à tous les niveaux. La mise en place de comités peut jouer un rôle important dans la définition des changements organisationnels qu'il faudra mettre en oeuvre pour répondre aux nouvelles exigences de l'activité de la clinique.

2.4. Le pouvoir à l'intérieur de l'hôpital

Essayons d'abord, avant d'identifier le type de la coalition interne, de déterminer dans quelles parties de l'hôpital est localisé le pouvoir.

Lors de l'analyse des flux de travail nous avons insisté sur le caractère professionnel des tâches médicales et sur les compétences spécialisées que les médecins doivent posséder pour pouvoir accomplir ces tâches complexes. Comme le souligne Mintzberg, "plus une organisation est professionnelle, plus elle est décentralisée dans les deux dimensions"³². Ceci correspond bien à ce que nous avons observé. Les médecins travaillent dans un environnement complexe qui nécessite des connaissances très spécialisées, et celles-ci leur procurent une autonomie et, par conséquent, un pouvoir non négligeables. Le pouvoir détenu par les médecins est encore renforcé par le caractère très individualiste qui marque leur comportement. A travers les exemples que nous avons cités précédemment, il est apparu que cet individualisme permet aux médecins de jouir d'une indépendance considérable dans la réalisation de leur travail, ce qui constitue bien sûr une source importante de pouvoir.

Le corps médical faisant partie de ce que Mintzberg appelle le centre opérationnel, nous pouvons donc conclure à une décentralisation du pouvoir³³, tant horizontale que verticale.

Il est clair que le pouvoir de décision n'est pas entièrement concentré au niveau du corps médical. La ligne hiérarchique joue également un rôle important dans les processus de décisions de la clinique, notamment en ce qui concerne les prises de décisions relatives à la gestion financière de l'hôpital ou à l'organisation des services de support (la logistique et l'administration).

Comme nous l'avons souligné lors de l'analyse des flux de travail, ces services de support dépendent directement des responsables administratifs et leur travail est souvent formalisé et standardisé.

La hiérarchie administrative se caractérise donc par une centralisation verticale du pouvoir³⁴ auprès des responsables

32 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 191.

33 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 173-202.

34 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 176-178.

administratifs, et par une décentralisation horizontale limitée³⁵ vers les personnes qui mettent au point les standards pour coordonner le travail.

Cette répartition du pouvoir dans l'organisation est représentée par la figure 3.3.

Sur base de cette distribution du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital, nous pouvons à présent identifier le type de coalition interne³⁶ auquel nous avons affaire.

Si on considère la structure médicale, où le pouvoir est concentré auprès des médecins, la coalition interne peut être qualifiée de "professionnelle". Par contre, la structure administrative, où le pouvoir est concentré auprès des responsables hiérarchiques et où des standards sont utilisés pour coordonner le travail, fait plutôt penser à une coalition interne "personnalisée" et "bureaucratique".

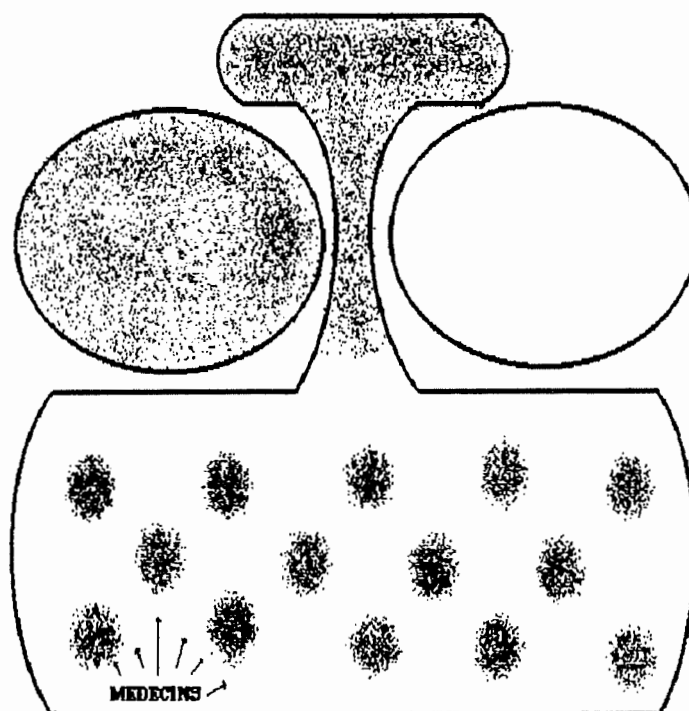


Figure 3.3 : la répartition du pouvoir dans l'organisation.

3. La configuration

Après avoir analysé les principales variables permettant de comprendre comment est conçue la structure de la clinique, il nous reste à déterminer

35 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p. 200.

36 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit, pp. 327-337.

quelle est la configuration de Mintzberg qui correspond le mieux à cet hôpital, et quels sont éventuellement les hybrides qui interviennent.

Résumons d'abord brièvement les caractéristiques que nous avons identifiées.

L'étude de la structure de l'hôpital a mis en évidence que le fonctionnement de l'hôpital est largement déterminé par la complexité et la spécialisation du travail médical, celles-ci nous ayant permis de mettre en évidence l'importance de la formation et de la socialisation, ainsi que la standardisation des qualifications comme mécanisme de coordination dominant. C'est également la nature complexe des tâches médicales qui offre aux médecins une large autonomie, donnant ainsi lieu à une coalition interne professionnelle, où s'opère une décentralisation horizontale du pouvoir vers les médecins, ce pouvoir étant consolidé par leur caractère individualiste. L'analyse des facteurs contextuels a montré que la clinique évolue dans un environnement qui se caractérise essentiellement par sa complexité et sa stabilité, et que la coalition externe, apaisée par la coalition interne, est surtout passive.

Si on se réfère maintenant à la typologie de Mintzberg, une telle combinaison de variables peut être mise en relation avec le type de configuration appelé "bureaucratie professionnelle"³⁷. Nous pouvons encore renforcer ce diagnostic en disant qu'il s'agit d'une bureaucratie professionnelle «parfaite», dans le sens où les médecins dominent fortement le fonctionnement de la clinique en raison de l'indépendance considérable dont ils disposent, et dans le sens où la clinique ne subit pas de contrôle externe trop important, contrairement aux situations rencontrées dans d'autres hôpitaux.

Toutefois, l'analyse que nous avons proposée concernant la structure des services logistiques ou administratifs vient nuancer ce premier diagnostic.

En effet, l'activité des services de support étant soumise à un contrôle strict, étant coordonnée à l'aide de la standardisation des procédés - même si, comme nous l'avons précisé au paragraphe 2.2.2., cette standardisation présente quelques imperfections -, et donnant ainsi lieu à une coalition interne personnalisée et bureaucratique, nous pouvons conclure que la configuration correspondant à la structure administrative de l'hôpital est une "bureaucratie mécaniste"³⁸.

37 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 309-335.

38 Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp. 281-307.

L'organisation en quelques lignes

La clinique et maternité Ste Elisabeth est un hôpital que le récent directeur général s'attache à réorganiser. En effet, l'organisation administrative de la clinique est entachée de (mauvaises) habitudes acquises durant des années d'immobilisme où tout changement n'était fait qu'imposé.

Face à cette administration, on trouve des médecins jouissant d'une telle indépendance qu'elle empêche des accords même internes au corps médical.

Section 2 : L'informatique

1. Historique de l'informatique

C'est en 1985 que l'hôpital se dota d'un ordinateur pour répondre à l'obligation légale qui lui était faite de transmettre aux mutuelles les données de la facturation sur bandes magnétiques. Un groupe de projet fut chargé de trouver un logiciel. Son choix se porta sur MEDICIS, un programme de facturation, comptabilité et gestion administrative des patients développé par la SOBEMAP.

A ce moment, cela faisait déjà deux ans que le service indépendant de médecine nucléaire possédait son propre système informatique de facturation, et un an que le laboratoire de biologie clinique était lui aussi informatisé.

Le premier responsable du service informatique n'est pas resté longtemps à son poste parce qu'il voulait changer plusieurs points de l'organisation de l'hôpital : "Il n'était probablement pas mauvais et avait sûrement découvert des carences de gestion. Mais, alors que l'informatique était déjà imposée, il a voulu tout changer brusquement. Ce n'était pas acceptable à l'époque, il a été renvoyé"³⁹.

Le deuxième responsable informatique fut plutôt imposé par la SOBEMAP qui "n'engageait pas des personnes trop qualifiées pour ne pas perdre le contrôle de l'informatique de la clinique. Ils craignaient qu'on n'ait plus besoin d'eux"⁴⁰. Ce fait n'a évidemment pas favorisé l'évolution de l'informatique à l'hôpital durant sa présence à la tête du service.

Peu après sa nomination, le nouveau directeur général, désireux de pouvoir s'appuyer sur l'informatique pour parvenir à une gestion plus rationnelle de la clinique, engagea l'actuel responsable informatique qui possédait déjà l'expérience de l'informatisation d'un hôpital.

Donc, si à ses débuts à l'hôpital, l'informatique, imposée légalement, était subie par l'administration, l'arrivée de l'actuel directeur général a changé cet état de fait. Pour lui, et d'autres personnes à l'hôpital, l'informatique fait partie des facteurs qui permettront une réorganisation de la clinique.

39 propos recueillis auprès d'un responsable administratif.

40 propos recueillis auprès du responsable informatique.

2. La technologie

2.1. Le choix du constructeur

Suite à l'obligation légale de transmettre les données de la facturation sur bandes magnétiques, un groupe de projet chargé du choix du logiciel et du matériel permettant cette informatisation fut créé. Ce groupe comprenait:

- le directeur de l'hôpital;
- le responsable du département financier, le département qui serait le plus touché par l'informatisation;
- le responsable du département personnel qui en tant qu'expert en tarification réaliserait les tests;
- le responsable informatique d'un service indépendant, en tant qu'expert en informatique.

Une fois que l'on eut trouvé un logiciel qui satisfaisait aux tests (MEDICIS développé par la SOBEMAP), on a regardé le matériel sur lequel il tournait (DEC) pour s'assurer que "le constructeur était assez solide et qu'il ne disparaîtrait pas quelques mois plus tard". Ce choix a été présenté au conseil d'administration qui l'a entériné.

Il faut ici remarquer que le groupe de projet chargé du choix d'un matériel informatique ne comprenait aucun médecin. Deux raisons peuvent, à notre avis, expliquer ce fait. Il y a bien sûr, tout d'abord, les mauvaises relations, existant déjà à l'époque, entre administratifs et médecins et le désintérêt de ceux-ci pour les affaires non-médicales. L'autre raison est que, de cette informatique administrative imposée, on ne pensait pas qu'elle s'étendrait un jour vers les activités médicales de l'hôpital, et donc, on ne voyait pas l'intérêt de faire participer le corps médical à ce choix informatique.

On voit que le choix du matériel informatique s'est basé sur des critères objectifs tels que la réponse aux besoins et la "solidité du constructeur". Par contre, deux autres critères, identifiés par Cl. Lobet⁴¹, qui n'ont pas joué ici sont la contrainte historique, puisqu'il s'agissait de choisir un premier système informatique, et la contrainte institutionnelle, puisque la coalition externe de l'hôpital est passive.

41 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, Journal de Réflexion sur l'Informatique numéro 13, Namur, mai 1989, p. 23.

2.2. La configuration informatique

2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels

Un ordinateur DIGITAL supporte la plupart des applications administratives et logistiques. Outre ce système, quatre services médicaux - les trois services indépendants et le laboratoire de biologie clinique - sont équipés d'ordinateurs HP. Seulement deux de ces systèmes, ceux du service de médecine nucléaire et du laboratoire, sont reliés à l'ordinateur de l'administration. Ces liaisons ne sont pas permanentes, mais servent principalement à "la transmission d'états récapitulatifs"⁴² destinés à la facturation centralisée.

Du point de vue organisationnel, les systèmes informatiques et les fichiers sont localisés dans le service informatique et les différents services médicaux cités ci-dessus. Les développements, ou les achats de logiciel, sont également localisés au niveau de ces mêmes services.

Donc, d'un point de vue technologique et d'un point de vue organisationnel, nous avons affaire dans l'hôpital, selon la terminologie de Lasfargue, à une informatique décentralisée avec fichiers décentralisés⁴³.

Par contre, si on ne prend en compte que la partie administrative de l'hôpital, on observe une forte centralisation de l'informatique.

2.2.2. L'absence d'informatique parallèle⁴⁴

Malgré la large distribution du pouvoir vers le corps médical, on n'assiste pas à l'éclosion d'une informatique parallèle au niveau des services médicaux.

Comme nous l'avons vu lors de la précédente section, les médecins hospitaliers éprouvent les pires difficultés pour arriver à un accord, même interne à un service. Nous avons également vu qu'ils n'étaient pas prêts à renoncer à leurs habitudes pour adopter des standards, notamment au niveau du dossier médical ou de la prise de rendez-vous.

L'absence d'informatique parallèle, qui nécessite un minimum de cohésion au sein du service médical concerné, peut s'expliquer par ce comportement, résultat de l'indépendance des médecins.

42 Lasfargue Y., Vivre l'informatique, op. cit., p. 159.

43 Lasfargue Y., Vivre l'informatique, op. cit., p. 158.

44 Par informatique parallèle, nous entendons une informatique décidée par les médecins et développée sans contact avec le service informatique central. Cette informatique, qui peut présenter des risques de redondance, est souvent utilisée pour gérer les activités médicales d'un service grâce à des applications telles que la gestion des rendez-vous ou la gestion des dossiers médicaux du service.

3. Les applications

3.1. Une informatique opérationnelle

Comme nous l'avons vu, l'histoire de l'informatisation de la clinique débuta en 1985, lorsque la législation imposa aux hôpitaux d'établir, sur support magnétique, une facturation centralisée pour les patients hospitalisés.

Il en résulte tout naturellement que la première application introduite à l'hôpital eut pour but la réalisation de cette facturation centralisée. Le logiciel choisi, commercialisé par la SOBEMAP sous le nom MEDICIS, comprend un ensemble d'applications intégrées, à savoir la facturation/tarification, la comptabilité et la gestion administrative des patients. La mise en place de ces applications a permis à l'hôpital de traiter automatiquement un grand nombre d'informations administratives.

A l'instar de ce qui se passe dans la majorité des entreprises, la clinique a donc commencé par automatiser des opérations qui ont un "caractère crucial" et présentent un "haut degré de formalisation"⁴⁵. Comme le souligne Cl.Lobet, une telle informatisation vise à "augmenter la productivité d'opérations déjà standardisées ou standardisables, en réduisant (...) certains coûts administratifs nécessaires à leur réalisation"⁴⁶.

Prenons par exemple le cas de la facturation. Il s'agit sans aucun doute d'une activité cruciale puisqu'elle est directement liée au financement de la clinique. C'est également une opération hautement formalisée basée sur des règles complexes qui, de l'avis du responsable informatique "se prêtent bien à l'informatisation". Et enfin, ce traitement automatisé a des implications financières car le délai de paiement par les mutuelles, qui était de 6 mois avec la facturation manuelle, a diminué de 3 à 4 mois⁴⁷.

Ce portefeuille d'applications initial a été complété par d'autres traitements automatisés portant, eux aussi, essentiellement sur les flux d'information à caractère administratif.

- L'application de la pharmacie, réalisée par la SOBEMAP, permet, entre autres, l'encodage des médicaments à facturer et la gestion du stock de médicaments.

45 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 14.

46 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 14.

47 informations recueillies auprès du responsable informatique.

- La paie est gérée par un logiciel permettant de répondre aux réglementations spéciales gouvernant l'hôpital.
- Les applications RIM et RCM⁴⁸, développées à la clinique, sont utilisées pour encoder les données récoltées par les infirmières et les médecins. Il est à noter que, bien que le RIM et le RCM soient constitués d'informations médicales, nous avons placé les applications RIM et RCM parmi les traitements automatisés à caractère administratif, car ces applications sont uniquement mises en place pour répondre à l'obligation légale de transmission des informations et ne sont pas utilisées à des fins médicales (embryon de dossier médical informatisé, traitements statistiques,...).
- La gestion des archives médicales, développée à l'hôpital, permet de savoir où est localisé le dossier médical d'un patient.

Toutes les applications présentées jusqu'ici tournent sur le système central situé au service informatique, à l'exception de la gestion de la paie, qui elle est réalisée sur un PC.

La structure de ces applications est mixte intégrée⁴⁹, les applications de la SOBEMAP étant intégrées, les autres étant juxtaposées.

Outre les applications tournant sur le système central, il en existe d'autres au niveau des systèmes décentralisés.

Nous pouvons remarquer que la majorité des applications des services indépendants concernent également des opérations administratives (comptabilité, gestion des salaires, gestion des factures,...). Toutefois, deux applications sont dédiées au traitement des données médicales : la gestion du laboratoire de biologie clinique et la gestion du laboratoire de médecine nucléaire.

48 Le Résumé Clinique Minimum (RCM) est introduit en Belgique en 1983 dans le cadre d'un renouvellement du mode de financement des hôpitaux. Il est constitué d'un ensemble d'informations extraites du dossier médical (diagnostics, opérations et techniques médicales effectuées pendant une période de soins, par patient). En 1985, les hôpitaux universitaires se voient obligés de transmettre les données du RCM et une centaine d'hôpitaux acceptent de récolter ces données. Ils espèrent ainsi obtenir une meilleure évaluation de leur activité médicale.

Outre son rôle dans la mise en place d'un nouveau mode de financement des institutions hospitalières et celui de mesure de l'activité hospitalière, le RCM devrait également, par la possibilité d'études épidémiologiques, avoir une portée purement médicale.

La transmission des données du RCM, obligatoire depuis octobre 1990 pour tous les hôpitaux, se fait par bandes magnétiques et oblige donc les hôpitaux à en faire un encodage informatique.

(pour plus d'informations, voir : Roger F.H., Conséquences de l'utilisation du RCM en Belgique, in : Les Informa-g-iciens, Actes des troisièmes journées de réflexion sur l'informatique, Presses Universitaires de Namur, Namur, 1986, p.230).

49 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 18.

Le portefeuille d'applications est en grande partie constitué de traitements qui visent à "automatiser des opérations ou des procédures existantes"⁵⁰. L'informatique n'est guère utilisée comme "support à la gestion" de l'hôpital et ne permet sûrement pas au directeur d'avoir "une image informationnelle totale" de l'activité hospitalière. Sur base de ces constatations, nous pouvons donc conclure que la clinique se situe actuellement dans la première phase du modèle de Nolan, qu'il qualifie d'opérationnelle⁵¹.

3.2. La carte fonctionnelle de l'informatique

En partant du schéma des systèmes d'information décrit au chapitre précédent⁵², nous proposerons ici une carte fonctionnelle de l'informatique qui représente, sur base des applications identifiées ci-dessus, les flux d'information qui sont supportés par un traitement informatique (figure 3.4).

Cette figure montre clairement qu'à l'hôpital Ste Elisabeth, l'informatique se cantonne presque exclusivement à l'automatisation des flux d'information administratifs.

3.3. Evolution vers une informatique médicale ?

Comme nous venons de le voir précédemment, le système informatique de l'hôpital se base presque entièrement sur le traitement d'informations purement administratives. L'informatique est centrée sur l'administration, contrairement au fonctionnement de l'organisation qui lui est centré sur l'activité médicale, c'est-à-dire le patient.

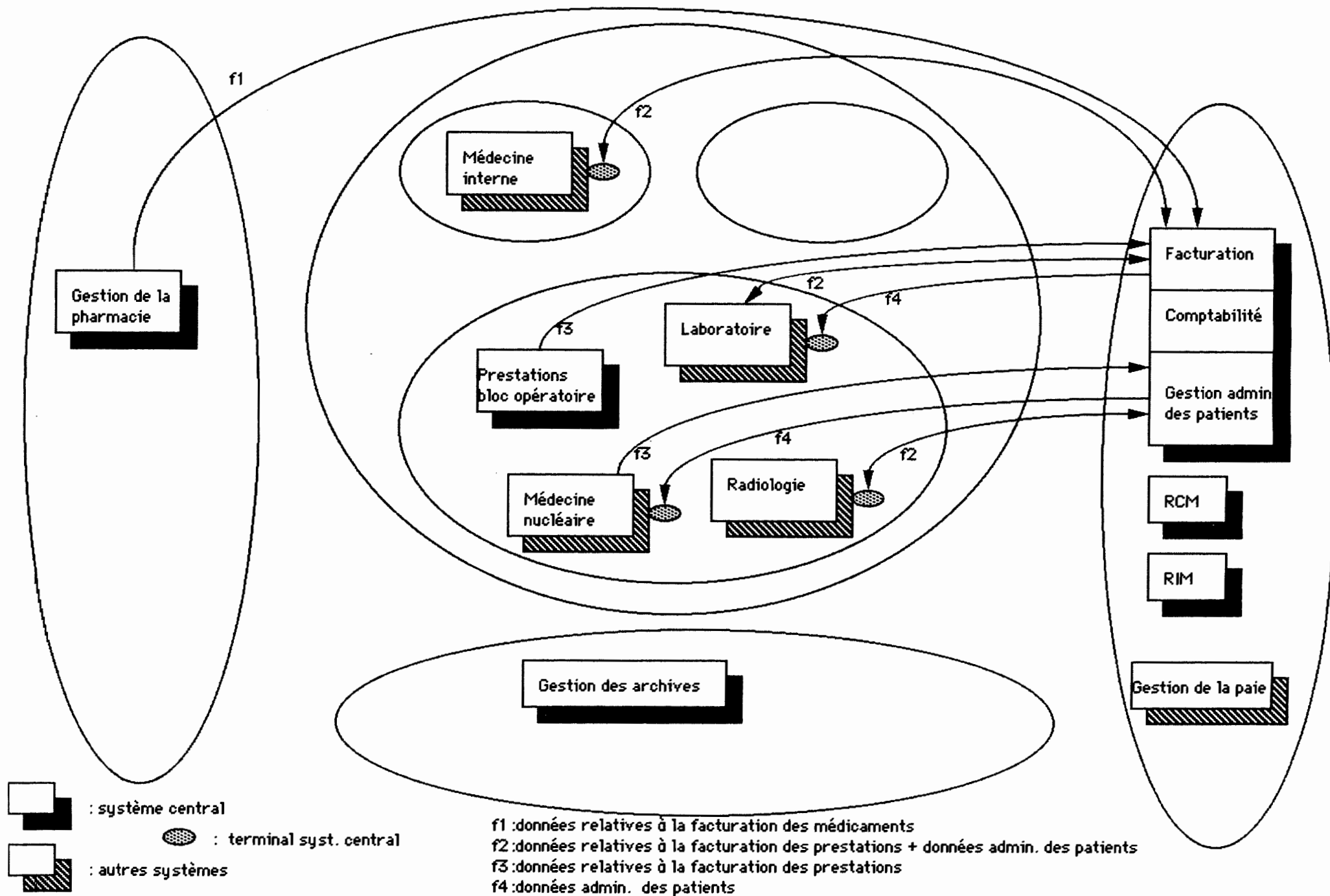
Le responsable informatique de la clinique partage ce point de vue, sa préoccupation principale pour les années à venir étant le développement d'une "informatique hospitalière au sens large, qui dépasse l'administration" et qui soit "basée sur le patient". Les propos tenus par le directeur vont dans le même sens : "l'informatique administrative n'est qu'un sous-produit, mais ne constitue pas l'objectif de l'hôpital".

50 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 14.

51 Nolan R.L., Managing the crisis in data processing, op.cit. pp.115-128.

52 cfr supra, figure 2.4.

Figure 3.4 : La carte fonctionnelle de l'informatique



Les projets prévus par le service informatique en matière de développement informatique reflètent déjà cette volonté d'aborder les problèmes liés à la gestion des données médicales. En effet, les applications devant être développées dans un avenir proche ont toutes pour objectif de dégager du temps de travail pour le service informatique⁵³. Ce temps libéré pourra alors être consacré au développement d'applications à caractère médical (telles que la gestion des rendez-vous, le dossier médical informatisé, la gestion du bloc opératoire,...).

Il faut toutefois remarquer que le développement d'applications médicales ne pourra pas se faire sans une remise en cause des modes d'organisation et de gestion des données médicales adoptés à l'intérieur de la clinique. Ceci s'explique par le fait que de telles applications seront tout naturellement destinées à l'équipe soignante et notamment au corps médical. Et, comme nous l'avons souligné dans la première section de ce chapitre, les médecins jouissent d'une indépendance considérable dans la réalisation de leur travail, et n'acceptent pas que des procédures standards leur soient imposées. Nous avons également vu que, lors d'une prise de décision, ils n'arrivent que très difficilement à un consensus. Or, pour automatiser des tâches telles que la gestion des rendez-vous ou la tenue du dossier médical qui, comme nous l'avons signalé au paragraphe 1.2.2., sont organisées de façons très diverses, il faudra nécessairement que les médecins se mettent d'accord sur un mode d'organisation unique de ces données.

Pour pouvoir mettre au point des applications médicales efficaces, il faudra donc, avant tout, uniformiser les flux d'information qui seront supportés par ces applications. Et ceci nécessitera la mise en place de systèmes de décision efficaces, notamment sous la forme de groupes de projet ou de comités permanents, afin de trouver des modes d'organisation répondant aux besoins de chacun.

3.4. Les attentes vis-à-vis de l'informatique

Nous allons ici reporter sur le schéma de l'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information les attentes de nos interlocuteurs.

Ces attentes sont principalement de deux types.

En premier lieu, il y a des demandes émanant de la direction administrative pour disposer d'un ensemble d'indicateurs de l'activité hospitalière qui permettrait des prises de décision en toute connaissance de cause. Pour le moment, "les outils de la comptabilité viennent trop tard, le budget est établi a posteriori. Il faudrait un suivi mois par mois du budget." Ces demandes concernent le système d'information *support*

⁵³ information recueillie auprès du responsable informatique.

administratif (S2) dans sa composante fournissant une image de l'activité de l'hôpital.

En second lieu, il y a des demandes des médecins concernant l'amélioration et l'accélération de la transmission des résultats des examens médico-techniques. Ces demandes portent sur le système d'information *support médico-technique* (S1).

Ces deux types de demandes sont représentées sur la figure 3.5.

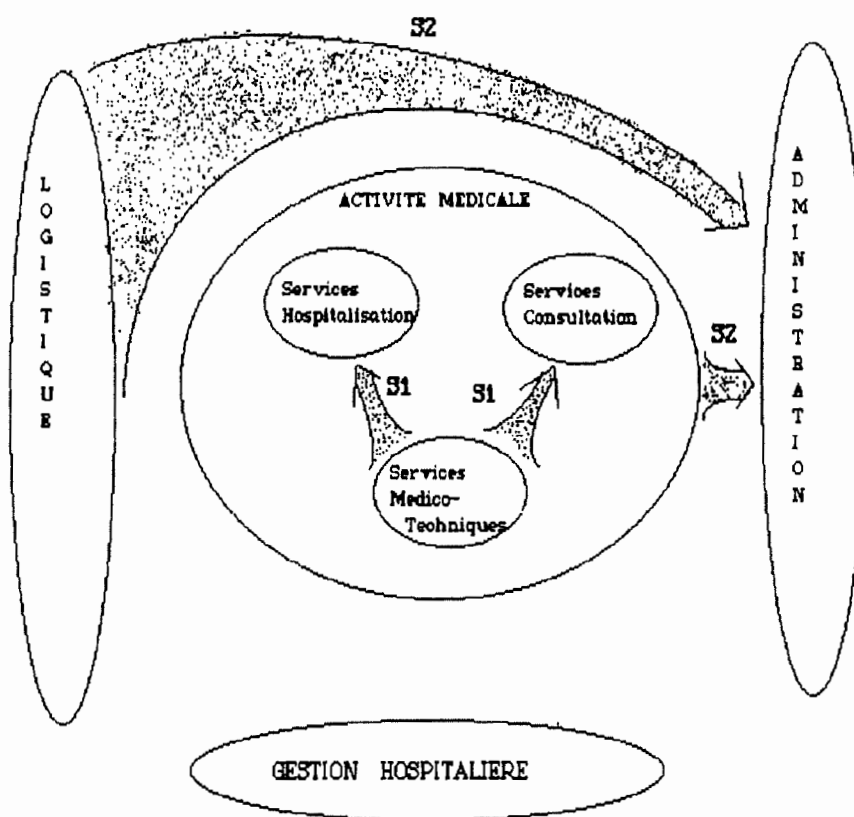


Figure 3.5 : les attentes vis-à-vis de l'informatique.

Au niveau des demandes médicales, il est important de noter que si, pour la transmission des résultats des examens médico-techniques, ces demandes émanent d'une majorité des membres du corps médical, il n'en va pas de même dès que l'on envisage des projets tels que l'informatisation du dossier médical. De toute façon, il suffit de voir les problèmes de gestion des dossiers médicaux qui existent au sein d'un seul service (exemple exposé au point 2.2.1.) pour se convaincre que la généralisation d'un dossier médical informatisé à l'ensemble de l'hôpital est, pour le moment, tout à fait utopique.

4. La structure

4.1. La position du département informatique

A sa création en 1985, le service informatique fut placé en "line"⁵⁴. Peu après, le chef de service fut remplacé et, afin de contrôler plus étroitement l'informatique, la direction intégra le département informatique au département du personnel.

Comme c'est presque toujours le cas, les premiers développements informatiques concernèrent des procédures comptables⁵⁵, et plus particulièrement des procédures liées à la facturation des prestations. C'est pour cette raison que, paradoxalement, le service informatique fut intégré, non pas dans le département comptable comme cela se passe la plupart du temps, mais dans le département du personnel dont le responsable était un expert en matière de tarification.

Depuis la nomination de l'actuel responsable informatique par le nouveau directeur général, le département informatique se trouve à nouveau en dépendance directe de la direction. Cette position en "line" est un signe de la volonté de la direction de voir l'informatique jouer un rôle important dans la réorganisation de la clinique.

4.2. Le rapport avec les utilisateurs

Auparavant, l'expression des demandes des utilisateurs était fort confuse : "Les demandes venaient de partout, les utilisateurs cherchaient eux-mêmes des solutions car le responsable du service ne s'occupait pas de telles choses. Les relations n'étaient pas claires et les demandes étaient souvent faites directement aux programmeurs."

Lors de son arrivée, l'actuel responsable informatique a restauré son poste comme point de passage obligatoire des demandes des utilisateurs. Maintenant, comme dans 46,5% des entreprises, "la personne qui est à l'origine de la demande contacte directement le responsable informatique et ensemble, ils définissent les modalités de développement"⁵⁶. Il est intéressant de noter que les demandes concernent de petits développements et émanent de personnes isolées.

54 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 50.

55 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 50.

56 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 61.

4.3. La définition des priorités de développement

C'est le responsable informatique, en relation avec le directeur et les autres membres du service informatique, qui décide de l'ordre dans lequel les demandes vont être prises en compte.

Les critères qui gouvernent ce classement sont la priorité intrinsèque de l'application et sa faisabilité. Ainsi, il sera attribué une haute priorité à une modification peu importante qui permettra un gain de temps considérable. Deux autres types de modifications auront une priorité élevée:

- les obligations légales qui impliquent des changements de paramètres des programmes;
- des problèmes qui touchent directement au financement de l'hôpital, comme un problème de transmission des données de la facturation entre un service médical et le service informatique, ou le rejet d'une bande magnétique par les mutuelles parce qu'elle renfermait trop d'erreurs.

Des priorités de travail sont donc imposées par la coalition externe de l'hôpital, soit par des contraintes formelles, soit par des menaces pesant sur la livraison des ressources financières nécessaires à la clinique.

Ces différents éléments nous montrent que la gestion du service informatique s'effectue quasiment au jour le jour.

4.4. La planification

Il n'existe pas de plan informatique à la clinique mais, comme dans 18,1% des entreprises⁵⁷, un échéancier des projets à réaliser. Encore celui-ci n'est-il pas écrit, le responsable informatique sait que, pour telle date, il doit avoir fini telle et telle application.

4.5. L'absence de structures décisionnelles pour l'informatique

Actuellement, il n'existe pas de comité informatique à l'hôpital, tout au plus les problèmes éventuels sont-ils abordés lors de réunions des responsables administratifs.

Cette absence de structure décisionnelle peut s'expliquer par l'arrivée récente du responsable informatique, par la taille limitée des applications actuellement développées et par la nature de ces applications

⁵⁷ Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 54.

qui ont, pour la plupart, comme but de libérer du temps de travail du service informatique et qui sont donc internes au service .

Comme les applications informatiques médicales sont dans les projets du service informatique, et étant donné la capacité, et même la propension, des médecins à refuser toute contrainte, toute chose sur laquelle ils n'auraient pas été consultés, tout développement de l'informatique médicale devrait recevoir l'aval d'un comité d'informatique médicale. Mais, comme le souligne le responsable informatique, étant donné l'absence de structuration du corps médical, le désintérêt des médecins pour l'administration, leur refus des standards et les problèmes de représentativité des délégations de médecins, un tel comité est, pour le moment, illusoire.

5. Les ressources

5.1. Les ressources financières

Le service informatique ne dispose pas d'un budget fixe pour la réalisation de ses activités. Nous pouvons toutefois donner un aperçu des dépenses informatiques effectuées à la clinique en 1989⁵⁸. Ces dépenses représentent un total de 12,5 millions BEF et sont réparties comme indiqué dans le tableau 3.1.

| | |
|------------------------------|-----|
| - personnel | 27% |
| - amortissements | 22% |
| - maintenance | 20% |
| - fournitures | 6% |
| - location extension système | 21% |
| - autres | 4% |

Tableau 3.1.: dépenses informatiques en 1989

Les dépenses informatiques sont en augmentation, en valeur absolue. La part des dépenses liées au personnel est, quant à elle, en diminution.

Il nous semble intéressant de noter que, à terme, les moyens informatiques requis par la clinique, tant au niveau hardware qu'au niveau software, deviendront de plus en plus importants. Or, les ressources financières que l'Etat met à la disposition de la clinique (prix de journée, subsides) sont largement insuffisantes pour financer de gros investissements informatiques qui, par conséquent, nécessiteront une autre source de financement.

L'informatique devra donc être financée par une partie des honoraires médicaux. Mais pour obtenir la participation des médecins, il faut bien sûr qu'ils soient convaincus des bénéfices qu'ils retireront d'un tel

58 données recueillies auprès du responsable de la comptabilité.

investissement. Et la clinique pourra seulement les convaincre si elle leur offre un système informatique performant.

Rappelons toutefois que l'informatisation de la gestion médicale ne pourra être efficiente que si elle se base sur une organisation médicale rationalisée. Insistons donc, une fois de plus, sur l'importance d'une réorganisation des tâches de gestion médicale, qui est indispensable si la clinique veut réussir son informatisation.

5.2. Les ressources humaines

Actuellement, le service informatique occupe trois personnes : le responsable informatique, un analyste-programmeur et une opératrice.

Soulignons ici la «qualité professionnelle» du responsable informatique qui, en raison d'une expérience considérable en matière d'informatisation hospitalière, a été engagé par le directeur, non seulement pour réorganiser l'activité du service informatique, mais également pour faire évoluer l'informatique dans toute la clinique. Il faut toutefois remarquer que, pour le moment, le développement d'une informatique globale se voit freiné par l'absence de systèmes de décision efficaces.

Auparavant, l'effectif du département informatique était plus important (cinq personnes) car, pour des raisons historiques, le service informatique accomplissait diverses tâches administratives, ces tâches n'ayant d'ailleurs pas encore tout à fait disparu des charges du service.

Comme nous l'avons signalé précédemment, le responsable informatique envisage une augmentation de l'équipe, afin de pouvoir consacrer plus de temps au développement de nouvelles applications, notamment à caractère médical.

6. Conclusion

L'analyse de l'organisation nous a permis de mettre en évidence l'hostilité de l'environnement qui oblige l'hôpital à rationaliser sa gestion.

C'est dans cette optique que l'on assiste actuellement à une revalorisation de la fonction informatique, oeuvre du nouveau directeur général. L'informatique ne devra plus se limiter à répondre presque exclusivement aux seules obligations légales en matière de facturation ou de comptabilité, mais sera amenée à jouer un rôle d'organisation et de contrôle dans l'hôpital.

Cependant, cette évolution est empêchée, pour le moment, par l'attitude du corps médical. En effet, celui-ci dispose d'une grande indépendance qui lui permet de refuser toute standardisation des procédés qui pourrait servir de base à une future informatisation. De plus, tout processus d'informatisation, financé par les médecins, devra recevoir leur aval.

Dans ce contexte, les informaticiens doivent d'une part chercher à rationaliser la partie administrative de l'organisation, sur laquelle l'emprise de la direction est plus importante, d'autre part tenter de trouver des appuis dans le corps médical. Pour ce faire, ils doivent acquérir une certaine crédibilité vis-à-vis des médecins et vaincre leurs réticences en les convainquant qu'une meilleure gestion ne pourrait être que bénéfique pour la clinique et donc pour eux.

C'est ce défi que relèvent actuellement la direction générale et le responsable informatique de la clinique et maternité Ste Elisabeth.

Chapitre 4 :
Hôpital St Joseph

L'hôpital St Joseph de Lobbes est un hôpital privé de 154 lits. Un stage d'un mois en octobre et novembre 1990 nous a permis d'étudier l'hôpital en tant qu'organisation ainsi que son état d'informatisation.

Nos observations sont basées essentiellement sur des interviews guidées par notre grille d'analyse. Nous avons pu ainsi rencontrer le directeur administratif, le responsable du service informatique et la majorité des responsables administratifs de l'hôpital. D'une manière générale, nous avons pu rencontrer la plupart des personnes en contact avec l'informatique. Nous avons également été renseignés, par des entrevues et des visites, sur le fonctionnement de services de types différents. Enfin, nous avons pu nous entretenir avec quelques médecins hospitaliers.

A partir des données ainsi récoltées, et en nous basant sur les éléments théoriques exposés précédemment, nous allons décrire l'organisation hospitalière et son informatique, et tenter d'expliquer cette dernière à la lumière de son contexte organisationnel.

Section 1 : L'organisation

1. L'hôpital et son contexte

1.1. Présentation de l'hôpital

1.1.1. Historique

A la base de l'actuel hôpital St Joseph se trouvait l'Hôtel Dieu St Joseph, clinique fondée par une congrégation de religieuses chassée de France.

C'est après la seconde guerre mondiale que, les religieuses étant rappelées en France, la Fédération des Mutualités Chrétiennes décide, pour assurer la présence d'une institution médico-sociale dans une région particulièrement défavorisée à cet égard, de continuer l'activité médicale des religieuses. Comme une mutuelle ne peut gérer directement une clinique, l'ASBL Centre Médico-Social de la Thudinie est créée en 1947.

A partir de cette date, par une série successive d'agrandissements et de reconstructions, l'hôpital St Joseph ne cesse de s'agrandir pour passer de 75 lits en 1953 à sa capacité actuelle¹.

¹ informations recueillies dans un dossier à l'intention du personnel.

1.1.2. Présentation de l'activité

A l'hôpital, qui emploie près de 400 personnes, l'activité médicale comprend les services suivants:

- Les services d'hospitalisation: maternité, chirurgie orthopédique, chirurgie, soins intensifs, pédiatrie, médecine et gériatrie. Ces services, qui totalisent 154 lits, représentent environ 46000 journées d'hospitalisation.
- Les services de consultation: chirurgie orthopédique, gynécologie, chirurgie générale et vasculaire, médecine interne, dentisterie, pédiatrie, kinésithérapie, ORL, neurologie, ophtalmologie, dermatologie,... Ces services représentent plus ou moins 40000 consultations.
- Les services médico-techniques: laboratoire, bloc opératoire, radiologie.

En plus de ces services médicaux, la clinique comprend:

- Les services logistiques suivants: éconamat et maintenance, diététique, pharmacie, secrétariat médical, cuisine, service social, entretien, accueil et buanderie.
- Les services administratifs suivants: comptabilité, informatique, facturation, service du personnel.

1.1.3. Les médecins

Les médecins de la clinique ont un statut d'indépendant. Leurs contrats sont établis avec le médecin-chef et le conseil d'administration, "ils ne se trouvent pas sous l'autorité de la clinique".

Les médecins versent donc à la clinique un pourcentage de leurs honoraires comme rétribution de la mise à disposition de l'infrastructure de l'hôpital. Ce pourcentage est plus élevé dans des services tels que le laboratoire de biologie clinique ou la radiologie, qui doivent s'autofinancer parce que leur financement n'intervient pas dans le calcul du prix de journée d'hospitalisation.

1.2. Les facteurs contextuels

1.2.1. L'environnement

L'organisation étudiée dans ce chapitre étant également une institution hospitalière, l'environnement sera caractérisé, pour les raisons exposées au chapitre précédent, par sa complexité, sa stabilité et la diversité des marchés.

Comme pour la clinique et maternité Ste Elisabeth, un certain degré d'hostilité de l'environnement est le résultat, d'une part, des difficultés de financement des hôpitaux et, d'autre part, de la présence d'autres institutions hospitalières à proximité (Charleroi et ses grands centres hospitaliers sont en effet distants d'à peine 20 kilomètres).

Cette relative hostilité de l'environnement est encore renforcée par la petite taille de l'hôpital. Ainsi le médecin-chef définit ce problème de taille de la manière suivante : "A ce jour, nous ne craignons plus une attaque directe de la clinique par le fait de se retrouver au-dessous de la limite des 150 lits, mais plutôt un étouffement de notre économie d'institution par un système de «moyennes à la russe», c'est-à-dire visant toujours à nous situer de force dans des fourchettes de normes qui sont davantage défavorables aux petits hôpitaux qu'aux grands"².

Un élément qui diminue l'hostilité de l'environnement est la relation que la clinique entretient avec son pouvoir organisateur, la Fédération des Mutualités Chrétiennes. En effet, "la mutualité, à travers son réseau de contacts, de groupements, promeut l'image de la clinique. Les gens qui ont des contacts avec la mutualité deviennent ainsi «sympathisants» de la clinique"³.

Les mutualités peuvent également fournir un soutien d'ordre financier, même si elles sont de moins en moins enclines à combler le déficit des institutions qu'elles possèdent, en opérant une ponction sur l'assurance complémentaire payée par les affiliés⁴.

Nous allons maintenant analyser la coalition externe de l'hôpital.

1.2.2. La coalition externe

Nous ne reparlerons pas ici, ni des patients, ni du gouvernement, qui jouent dans la coalition externe de l'hôpital St Joseph des rôles

2 Centre médico-social de la Thudinie ASBL, Rapport d'activité, exercice 1989, rapport du médecin-chef, p. 2.

3 Propos tenus par un responsable de la fédération locale des mutualités chrétiennes.

4 Propos recueillis auprès d'un responsable de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

similaires à ceux présentés au chapitre précédent. De même, les mutuelles, en général, occupent également une place identique dans la coalition externe.

Le trait marquant de la coalition externe de l'hôpital St Joseph est qu'elle est, par l'intermédiaire de l'ASBL Centre Médico-Social de la Thudinie, dominée par le propriétaire, les mutualités chrétiennes dont des membres ou des sympathisants siègent au conseil d'administration.

Les moyens que peuvent utiliser les mutualités chrétiennes pour influencer la clinique relèvent du contrôle direct⁵.

Plus précisément, les mutualités nomment en général au poste de directeur administratif des gens proches des mutualités: "Il est tout à fait certain que le directeur nommé dans un hôpital qui appartient à la mutualité ne l'est pas en dépit de l'avis de la mutualité. A ce niveau là, ce sont quand-même clairement nos institutions"⁶. Il s'agit donc du moyen d'influence que cite Mintzberg sous le nom "d'installation d'un représentant à temps plein dans la coalition interne"⁷. Un autre moyen d'influence que peut utiliser ici le propriétaire est sa capacité à imposer une décision⁸. Un exemple en est, comme nous allons le voir plus loin, le choix pour l'hôpital de travailler avec MEDSOC pour son informatisation.

Nous nous trouvons donc en présence d'une coalition externe "dominée" par le propriétaire. Il faut remarquer que cette influence est surtout visible au niveau de la partie administrative de l'hôpital.

2. Le fonctionnement de l'hôpital

2.1. L'autorité dans l'hôpital

2.1.1. L'organigramme

L'organigramme (représenté par la figure 4.1) nous montre que trois départements et sept services se trouvent en dépendance directe de la direction.

Une particularité intéressante à soulever, par rapport à l'organigramme de Ste Elisabeth, est la place qu'occupe le médecin-chef qui ne se trouve pas en dépendance du directeur de l'hôpital. Il

5 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., pp. 108-115.

6 Propos recueillis auprès d'un responsable de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

7 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 112.

8 Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., p. 114.

semble que cela soit dû au désir qu'ont les mutualités chrétiennes, par l'intermédiaire du conseil d'administration, d'être le plus proche possible de la vie de l'hôpital. Ceci passe par la suppression de tout intermédiaire entre le C.A. et le médecin-chef.

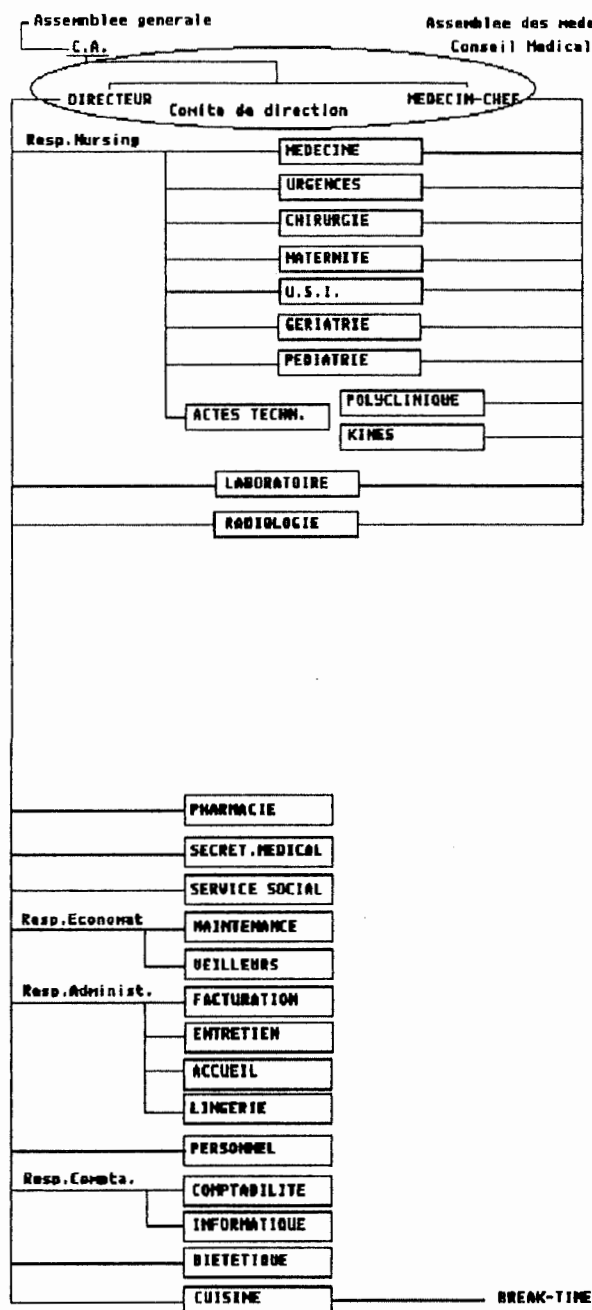


Figure 4.1: organigramme de l'hôpital St Joseph

Au niveau des services médicaux, regroupés par fonction et par marché, on observe clairement la double ligne hiérarchique, médicale et administrative. Ici aussi la hiérarchie administrative est, pour

les raisons évoquées au chapitre précédent, beaucoup plus contraignante que la hiérarchie médicale.

Les autres services et départements sont regroupés par fonction et ne dépendent que d'une seule ligne hiérarchique, la hiérarchie administrative. La cuisine toutefois échappe à cette règle. En effet, le personnel de cuisine dépend de l'hôpital et est placé pour la réalisation des plateaux sous le contrôle des diététiciennes, tandis que les cuisiniers dépendent de Break-time, une société extérieure à l'hôpital. Cette double ligne d'autorité est source de frictions entre les diététiciennes et les cuisiniers.

Ici aussi, nous nous trouvons face à une structure aplatie où le centre opérationnel est beaucoup plus important, numériquement parlant, que la ligne hiérarchique, la direction, la technostructure et la logistique réunies.

2.1.2. Les comités

Un comité original présent à l'hôpital St Joseph est le comité de direction. Il est composé du directeur, du médecin-chef, de trois médecins et de trois cadres administratifs.

Le comité de direction a été instauré il y a un an par le conseil d'administration, suite au désir de cogestion exprimé par les médecins.

Les décisions prises, pour la plupart par consensus, par ce comité concernent des sujets tels que des projets de restructuration, l'approbation de contrats avec l'extérieur ou l'attribution de nouveaux locaux. Les procès-verbaux des réunions sont diffusés auprès des médecins chefs de service, du conseil médical et du conseil d'administration.

Nous verrons par la suite quelles sont les conséquences de cette implication des médecins dans la gestion de l'hôpital.

2.2. Les flux de travail

Les caractéristiques du travail réalisé par les divers centres d'activités de la clinique étant, dans une large mesure, propres à tout hôpital, et donc similaires à celles présentées dans la première étude de cas, nous nous contenterons ici de mettre en évidence les spécificités de la clinique de Lobbes, tout en rappelant les principales variables

utilisées par les différentes unités pour concevoir et coordonner les tâches qu'elles accomplissent.

2.2.1. L'activité médicale

A. L'activité des médecins

Pour les mêmes raisons que celles évoquées au chapitre précédent, la formation et la socialisation jouent un rôle important dans la conception des tâches purement médicales qui, eu égard à leur complexité et leur spécialisation, sont principalement coordonnées à l'aide de la standardisation des qualifications.

Bien que les médecins jouissent, ici aussi, d'un statut d'indépendant à l'intérieur de la clinique, nous n'avons pas pu observer, au niveau de l'organisation du travail, de dysfonctionnement significatif émanant du caractère individualiste des médecins. Deux points peuvent toutefois être pris en considération.

Tout d'abord, on peut remarquer l'absence de standardisation au niveau des tâches de gestion réalisées par les médecins. Citons l'exemple du dossier médical qui est organisé d'une façon différente suivant les médecins. Pour certains, il est constitué d'une simple fiche, alors que pour d'autres il est composé de plusieurs documents.

Un autre point à prendre en considération concerne la différence de buts poursuivis par le corps médical et le personnel administratif. Comme nous l'avons déjà souligné, les médecins, principalement préoccupés par les soins aux patients, se soucient peu des tâches administratives, ce qui crée bien sûr des frictions entre le corps médical et les services administratifs. En effet, l'administration subit les conséquences de ce désintérêt qui se marque notamment par un manque de rigueur lors du remplissage de certains documents.

A ce niveau, il est important de mettre en valeur le rôle primordial que joue le comité de direction dans l'amélioration de ces relations, parfois tendues, entre l'administration et le corps médical. Selon l'avis d'un des cadres administratifs, c'est grâce à ce comité que "les médecins commencent à mieux comprendre les problèmes administratifs et de gestion". Dans le même ordre d'idées, le médecin-chef insiste sur l'importance du rôle de gestionnaire que devraient jouer les médecins chefs de service : "Il conviendrait que les chefs de service s'engagent à faire de la gestion pendant une ou deux heures par semaine pour leur

service"⁹. Par "gestion" il entend des tâches telles que la gestion du matériel, la gestion administrative, le suivi du budget au cours de l'année,...

On pourrait comparer l'attitude des médecins faisant partie du comité de direction à celle des médecins des services indépendants de l'hôpital étudié au chapitre précédent, qui, eux aussi, par la gestion d'un service, sont sensibilisés aux problèmes administratifs.

Signalons enfin que, contrairement à ce qui se passe dans un hôpital indépendant, tel que celui que nous avons analysé au précédent chapitre, l'activité des médecins est ici soumise à l'influence du pouvoir organisateur de la clinique, à savoir la Fédération des Mutualités Chrétiennes et, par conséquent, à l'influence de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Ceci s'illustre bien sur l'exemple suivant.

En 1984, le conseil médical a donné son accord pour l'informatisation du laboratoire de biologie clinique, sous l'influence de la direction, qui elle-même était influencée par la Fédération, celle-ci étant influencée par l'Alliance. Le laboratoire s'est alors vu imposer un système informatique qui était trop rigide et ne répondait pas entièrement à ses besoins.

B. Le travail du personnel infirmier

Les tâches réalisées par le nursing sont globalement les mêmes que celles présentées au chapitre précédent. Il existe toutefois quelques spécificités, notamment au niveau de la coordination des tâches et au niveau des outils utilisés pour traiter les diverses informations relatives aux patients.

Le travail technique et spécialisé est, ici aussi, coordonné à l'aide de la standardisation des qualifications.

Les tâches qui visent à organiser le travail infirmier à l'intérieur de l'unité de soins sont coordonnées de diverses façons. Par exemple, à la maternité, la répartition des tâches entre les infirmières est définie par la chef de service. Quand elles prennent leur service, les infirmières trouvent dans un cahier, rédigé par la chef de service, quelles sont les tâches qu'elles ont à accomplir. Généralement, la chef de service "supervise le travail des infirmières" et, en cas de surcharge de travail, elle participe également aux soins. L'organisation du travail est donc assurée grâce à la standardisation des résultats

⁹ Centre médico-social de la Thudinie ASBL, Rapport d'activité, rapport du médecin-chef, p. 4.

(le cahier qui définit les tâches à réaliser) et la supervision directe (par la chef de service). A ces mécanismes de coordination il faut encore ajouter l'ajustement mutuel, qui est utilisé fréquemment pour répondre aux aspects imprévisibles qui font partie de l'activité hospitalière. Il est intéressant de noter que l'ajustement mutuel comme moyen de coordination, entre infirmières notamment, est prévu par le règlement du travail de la clinique où on voit que les membres du personnel "ont pour obligation (...) de s'entendre pour l'exécution de la besogne"¹⁰.

Nous avons déjà souligné que les tâches administratives réalisées par les infirmières représentent une partie non négligeable de leur travail.

Parmi ces tâches, certaines sont prises en charge par la chef de service. Il s'agit notamment des tâches qui ne sont pas formalisables, telles que la répartition du travail ou l'organisation des horaires.

Les tâches qui sont standardisées à l'aide de procédures sont prises en charge, en partie, par les aides administratives qui font partie des différentes unités de soins. Leur but est de décharger les infirmières des tâches telles que la préparation des dossiers infirmiers, les prises de rendez-vous,...

Il est intéressant de remarquer que chaque unité de soins dispose d'un terminal, relié au système informatique central. Cet outil informatique permet aux infirmières et aux médecins d'accéder aux résultats de laboratoire et aux données administratives des patients, leur évitant ainsi de courir partout et d'utiliser sans arrêt le téléphone pour obtenir ces informations. Le terminal est également utilisé par l'aide administrative du service, notamment pour l'encodage des prestations à facturer.

Ce terminal est parfois source de légères tensions car il arrive que l'aide administrative doive interrompre son travail pour laisser les infirmières et les médecins consulter des résultats d'analyse. Ce problème a été résolu dans certains services par l'installation d'un terminal supplémentaire. Cependant, ce problème est négligeable par rapport au bénéfice que retirent les infirmières du système informatique. Déchargées de certaines tâches administratives et ayant plus rapidement accès à certaines informations, elles deviennent plus disponibles auprès des patients, ce qui améliore la qualité des soins.

La responsable nursing souligne à cet égard que l'utilisation de l'informatique dans l'unité de soins ne doit en aucun cas engendrer une suppression de personnel infirmier. Elle insiste sur le fait que "l'informatique à terme devrait faire gagner du temps

10 informations recueillies dans un dossier à l'intention du personnel.

et offrir de meilleures conditions de travail au personnel nursing". L'outil informatique doit être efficace "pour permettre une organisation du travail rationnelle et éviter les écritures multiples et aider l'infirmière dans la prise de connaissance globale d'un patient. Par ailleurs, l'informatique devrait éviter les erreurs, les oublis et permettre les transmissions efficaces"¹¹.

Les observations que nous avons faites nous amènent à nouveau à conclure que, globalement, la structure de l'activité médicale peut être qualifiée de "bureaucratique", en raison de l'usage courant que fait l'équipe soignante de la standardisation pour coordonner son travail. D'une part, il y a la standardisation des qualifications (grâce aux connaissances spécialisées que possèdent les médecins et les infirmières) et d'autre part, il y a la standardisation des procédés et des résultats (grâce aux procédures standardisées mises au point par la clinique : le remplissage de formulaires standards; l'utilisation de procédures informatisées à l'aide du terminal;...).

2.2.2. La logistique et l'administration

Comme nous l'avons précisé auparavant, les différents services regroupés dans ces deux centres d'activités se basent sur un mode d'organisation à peu près similaire. Le travail, qui est fortement spécialisé, est supervisé directement par le responsable du service et standardisé à l'aide de procédures qui déterminent ce qui doit être fait. Citons quelques exemples pour illustrer ces caractéristiques du travail.

- Le responsable de la comptabilité donne le feu vert au lancement de la facturation (supervision directe).
- En fonction des demandes de repas venant des différents services, la diététique établit des fiches de repas qui sont réalisées à l'aide d'un programme informatique (standardisation des procédés).
- Chacun des membres du personnel de cuisine prépare, sous le contrôle direct du cuisinier (supervision directe) un seul type d'aliments (spécialisation horizontale); la diététicienne contrôle la chaîne de distribution des repas, pour s'assurer de la conformité du repas par rapport à la fiche (supervision directe). Rappelons ici que la double autorité exercée, d'une part, par la diététicienne qui dépend de l'hôpital et, d'autre

¹¹ informations recueillies dans "Sparadrap", périodique trimestriel du personnel de la clinique St.Joseph à Lobbes, numéro 37, août 1990.

part, par le cuisinier qui dépend de Break-time est source de frictions à l'intérieur de la cuisine.

Sur base de ces constatations nous concluons à une structure "bureaucratique", tant au niveau de la logistique qu'au niveau de l'administration.

2.3. Les flux d'information

Attachons-nous maintenant aux flux d'information qui circulent entre les divers centres d'activités. Nous préciserons ensuite quels sont les mécanismes de liaison existant à la clinique.

2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités

A. Les flux d'information entre l'administration et l'activité médicale

Les principales informations transmises par l'administration sont les données administratives des patients, qui sont introduites dans le système informatique central par diverses personnes. La transmission est assurée via les terminaux du système central, qui ne sont pas seulement installés dans les services administratifs, mais également dans les différentes unités de soins, contrairement à ce que nous avons observé dans les autres hôpitaux visités.

Le laboratoire peut facilement accéder aux données administratives grâce à la liaison informatique qui existe entre son système et le système informatique central.

Les informations transmises par les unités de soins concernent essentiellement la facturation centralisée des hospitalisés. Comme nous l'avons vu, les prestations à facturer sont encodées par les aides administratives des services d'hospitalisation, à l'aide des terminaux du système informatique central qui se trouvent dans ces différents services. La transmission des données relatives à la facturation des analyses du laboratoire se fait à partir du système informatique du laboratoire.

Nous pouvons encore mentionner ici le flux d'information qui relie la comptabilité aux différentes unités de soins, afin de mettre en oeuvre le contrôle budgétaire. Les bons de consommation de chaque service sont transmis, via l'économat, à la comptabilité, où ils sont encodés. Tous les mois, les relevés de consommation des différents services leur sont envoyés. En cas de

dépassement de budget, le responsable du service concerné se rend à la comptabilité pour vérification des comptes. Si ceux-ci sont corrects, le chef de service doit justifier ce dépassement du budget.

Remarquons ici que l'existence de ce contrôle budgétaire peut être interprétée à la lumière de l'influence qu'exercent les mutualités chrétiennes sur l'hôpital. En effet, grâce à ce contrôle budgétaire, l'hôpital peut se justifier vis-à-vis des mutualités qui, en tant que gestionnaire, cherchent à contrôler la structure des coûts de l'hôpital.

B. Les flux d'information entre l'activité médicale et la logistique

Ces flux d'information ressemblent en grande partie à ceux que nous avons présentés au chapitre précédent.

Les unités de soins envoient divers types de demandes aux différents services logistiques, tout en respectant certains standards. Ainsi, tous les matins elles envoient à la diététique la liste des repas nécessaires; si elles ont besoin de matériel, elles remettent une fois par semaine un bon de commande à l'économat; pour les commandes de médicaments¹², elles transmettent les formulaires à la pharmacie.

C. Les flux d'information entre l'administration et la logistique

Ici aussi, les données destinées à la facturation des médicaments constituent le flux d'information le plus important. Ces données sont encodées à la pharmacie à l'aide du système informatique central.

L'économat et la pharmacie répercutent vers l'administration les relevés de consommation des services médicaux afin d'effectuer le contrôle budgétaire.

D. Les flux d'information entre les services médicaux et les services médico-techniques.

Nous aborderons seulement le flux d'information qui circule entre les services d'hospitalisation et le laboratoire de biologie clinique.

Les demandes d'analyse sont envoyées au laboratoire par les différentes unités de soins. Les résultats des tests sont transmis

¹² La clinique utilise la méthode de distribution a priori.

au médecin à l'origine de la demande par l'envoi des protocoles d'analyses. Ces résultats peuvent, avant la réception du protocole, être consultés par les médecins et les infirmières, à partir des terminaux du système central se trouvant dans chaque unité de soins.

2.3.2. Les mécanismes de liaison

Regardons à présent quels sont les mécanismes mis en place à la clinique pour faciliter les contacts entre différentes unités.

Il existe tout d'abord des comités permanents qui assurent la coordination entre pairs :

- Une fois par mois la responsable nursing réunit ses chefs de service, afin d'aborder certains problèmes. Remarquons que, ici aussi, la responsable nursing accorde de l'importance aux rencontres directes sur le terrain, puisque chaque matin elle fait le tour des unités des soins.
- Un «cercle de qualité» a été créé en médecine interne. Il s'agit d'un groupe de concertation dont le but est "de rassembler des personnes soucieuses d'exprimer les problèmes vécus dans leur travail, de choisir un thème à approfondir à partir duquel une réflexion pourrait s'engager et enfin d'élaborer des solutions"¹³. A travers ce comité le personnel soignant est associé aux problèmes de gestion qui peuvent se poser à l'intérieur de l'hôpital.
- Il existe une réunion formelle au niveau du service social. Ces réunions marquent l'importance qui est accordée aux activités du service social à l'hôpital. Cette importance est révélatrice de l'influence, sur l'activité de l'hôpital, des mutualités chrétiennes, qui tendent à promouvoir dans leurs institutions une plus grande humanisation des soins.

Il existe également des groupes de projet, instaurés suite à l'initiative d'un cadre ou d'un chef de service qui choisit les participants. Ces groupes de projet traitent de différents projets tels que le choix d'un matériel, un problème de réorganisation, l'étude d'un projet informatique,... Une fois créés, ces groupes de projet sont reconnus par la direction et acquièrent une autorité formelle sur l'objet de leur réflexion.

¹³ informations recueillies dans "Sparadrapp", périodique trimestriel du personnel de la clinique St.Joseph à Lobbes, numéro 34, octobre 1989.

2.4. Le pouvoir dans l'hôpital

L'analyse présentée dans la première étude de cas concernant la distribution du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital peut être à nouveau appliquée ici. La coalition interne est caractérisée par une décentralisation du pouvoir vers les médecins, par une centralisation du pouvoir vers les responsables administratifs et par une décentralisation limitée du pouvoir vers les personnes qui mettent au point les procédures standardisées. Cette coalition interne peut donc être qualifiée de "professionnelle", mais également de "personnalisée" et de "bureaucratique".

Il faut toutefois remarquer que le pouvoir détenu par les acteurs internes est influencé par la présence des mutualités chrétiennes à l'hôpital.

L'analyse du travail des médecins nous a déjà montré que ceux-ci ne jouissent pas d'une autonomie absolue dans l'accomplissement de leurs tâches, contrairement à ce que nous avons pu observer précédemment. Rappelons l'exemple du laboratoire de biologie clinique qui, lors de l'informatisation de son service, a été contraint d'acquérir une application informatique développée par l'Alliance des Mutualités Chrétiennes.

Cette influence des mutualités se marque aussi au niveau des tâches administratives qui sont, pour la plus grande partie, réalisées par des applications informatiques développées par l'Alliance, celles-ci étant exécutées sur du matériel «imposé» par l'Alliance. La section 2 de ce présent chapitre clarifiera cette dépendance vis-vis des mutualités pour l'informatique utilisée à l'hôpital.

Soulignons encore que l'hôpital doit préserver une attitude sociale, tant au niveau de ses activités médicales qu'au niveau des autres tâches qu'il accomplit. L'importance accordée dans la clinique à cette dimension sociale découle directement de l'influence des mutualités qui, à travers le conseil d'administration, arrivent à «imposer» leurs objectifs à la clinique. Nous pouvons en déduire que, d'une certaine manière, cette influence des mutualités réduit le pouvoir exercé par les différents acteurs internes de l'hôpital.

En conclusion, nous pouvons dire que, même si, en se basant sur la théorie de Mintzberg, la coalition interne est qualifiée de la même façon que celle identifiée au chapitre précédent, ce diagnostic doit être nuancé, en raison de l'influence qu'exercent les mutualités chrétiennes sur certains aspects du fonctionnement de l'hôpital.

3. La configuration

Le diagnostic proposé à la fin de la première section du chapitre précédent ne reste que partiellement valable. La configuration qui caractérise la structure médicale de l'hôpital est incontestablement la bureaucratie professionnelle, alors que la configuration correspondant à la structure administrative est toujours la bureaucratie mécaniste.

Toutefois, l'analyse que nous avons faite au niveau de la coalition externe de l'hôpital et au niveau de la localisation du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital nous amène à apporter quelques nuances à ces propositions.

L'influence importante exercée sur l'hôpital par les mutualités chrétiennes nous permet d'affirmer que la coalition externe n'est plus caractérisée par sa passivité, comme c'était le cas pour la clinique Ste Elisabeth, mais peut être qualifiée de "dominée". Nous en déduisons que la structure de l'hôpital présente des ressemblances avec la configuration que Mintzberg appelle "l'instrument"¹⁴, celui-ci étant principalement caractérisé par une coalition externe "dominée" ou "unifié" qui impose ses buts à la coalition interne.

Nous pouvons donc conclure que la structure de l'hôpital St Joseph correspond à une configuration "hybride" qui emprunte essentiellement des caractéristiques aux bureaucraties professionnelle et mécaniste, mais également à l'instrument.

L'organisation en quelques lignes

Nous nous trouvons ici en présence, surtout au niveau administratif, d'une organisation beaucoup plus structurée, résultat de l'importante influence qu'exercent sur l'organisation les mutualités chrétiennes. Cette influence semble réduire partiellement les velléités d'indépendance des médecins.

¹⁴ Mintzberg H., Le pouvoir dans les organisations, op. cit., pp.431-446.

Section 2 : L'informatique

1. Historique de l'informatique

L'hôpital St Joseph fait partie de la quinzaine d'hôpitaux des mutualités chrétiennes qui adhèrent à MEDSOC, une organisation issue de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes chargée de réaliser l'informatisation de ces hôpitaux répartis à travers toute la Belgique.

Après un temps durant lequel l'informatisation des hôpitaux était assuré par un système «shared», on résolut d'installer un ordinateur dans chaque hôpital. A Lobbes, cet ordinateur devait également servir à la Fédération des Mutualités Chrétiennes de Lobbes, distante de quelques centaines de mètres.

C'est en 1984 que l'hôpital se dota d'un ordinateur supportant l'application du laboratoire de biologie clinique. A cette époque, l'installation dans les services de soins de terminaux permettant de consulter les résultats des analyses du laboratoire, faisait de l'hôpital un précurseur.

MEDSOC devait permettre aux hôpitaux travaillant avec elle de faire l'économie d'équipes informatiques locales, un seul opérateur dans chaque hôpital étant chargé des tâches journalières telles que la réalisation des backups ou l'impression des listings.

Toutefois, MEDSOC développant des programmes standards identiques pour tous les hôpitaux, il est rapidement apparu que pour tenir compte des spécificités de Lobbes, pour développer des applications demandées uniquement par l'hôpital, il était nécessaire d'avoir une équipe informatique locale. C'est ainsi qu'en 1986 fut engagé un premier programmeur.

Mais, cette équipe informatique locale n'a pas éliminé tous les problèmes qui se posent en raison de la collaboration avec l'Alliance. Ces problèmes de délais de livraison et de correction des programmes peuvent être illustrés par le fait que lors de notre stage en octobre-novembre, un programme correct permettant de convertir les anciens codes postaux n'avait toujours pas été fourni, alors que le changement des codes postaux, prévu de longue date, avait été fait le premier octobre.

Les cliniques, mécontentes du service presté par MEDSOC, ont demandé un audit portant sur les applications que l'Alliance développait. Cet audit, qui a été mené par SIEMENS - le constructeur informatique travaillant avec MEDSOC -, semblait prometteur, malgré les risques évidents de partialité. Mais, le rapport final, ne faisant pas mention de nombreux points négatifs, fut finalement décevant.

Toutefois, le récent rachat des programmes de l'Alliance par SIEMENS pour une commercialisation et la supervision des programmeurs de l'Alliance par un responsable de SIEMENS, laissent espérer une amélioration du service rendu aux hôpitaux.

2. La technologie

2.1. Le choix du constructeur

Il n'y a pas eu à proprement parler de choix du constructeur au niveau de l'hôpital. En effet, l'hôpital, sous la pression des mutualités chrétiennes, a adhéré à MEDSOC, et a donc adopté comme constructeur SIEMENS, qui avait passé un contrat avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

C'est donc une contrainte institutionnelle¹⁵ qui a présidé au choix du constructeur. Parmi les raisons évoquées par Cl. Lobet pour justifier une telle contrainte, seul le désir de "réaliser des économies d'échelle au niveau du développement des applications"¹⁶ a été cité par nos interlocuteurs.

Toutefois, on peut raisonnablement penser que des raisons telles que la facilitation du transfert des données de la facturation et une volonté d'homogénéisation de la gestion des hôpitaux qui dépendent des mutualités chrétiennes ne sont pas étrangères aux pressions de celles-ci pour le «choix» de MEDSOC et donc de SIEMENS.

2.2. La configuration informatique

2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels

La plupart des applications administratives et logistiques tournent sur l'ordinateur SIEMENS C40 du service informatique. En plus de ce système central, on trouve à l'hôpital deux ordinateurs SIEMENS MX300, un au laboratoire de biologie clinique et un en radiologie. L'ordinateur du laboratoire est relié de manière permanente au système central pour la transmission des données de facturation, mais également pour la consultation, à partir des terminaux des services de soins, des résultats des analyses. Ici, il ne s'agit donc pas d'une liaison servant uniquement à la transmission d'états récapitulatifs pour la facturation.

¹⁵ Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 23.

¹⁶ Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 24.

Du point de vue organisationnel, les systèmes informatiques et les fichiers sont localisés dans le service informatique pour les applications administratives et logistiques, dans le laboratoire et la radiologie pour leurs applications respectives.

Donc, d'un point de vue organisationnel comme d'un point de vue technologique, nous pouvons diagnostiquer une configuration informatique répartie avec fichiers décentralisés¹⁷.

Par contre, si on ne prend en considération que la partie administrative de l'hôpital, nous observons une configuration informatique fortement centralisée¹⁸.

2.2.2. La micro-informatique

A l'hôpital se trouvent 13 PC dont 3 sont reliés au C40 du service informatique et un au MX300 du laboratoire.

On peut faire une distinction entre deux types d'utilisation des PC à la clinique. Il y a tout d'abord les secrétariats à caractère médical qui utilisent leurs PC comme traitement de texte pour l'édition des protocoles médicaux. Ensuite, il y a les secrétariats administratifs qui utilisent un traitement de texte et un tableur.

Il y a quelque temps, des membres de l'équipe paramédicale de l'hôpital avaient acheté, sans contacts avec le service informatique, un PC pour une application à caractère purement médical. Ce choix sans avis du service informatique était-il le signe de l'indépendance du personnel médical ou celui d'un mécontentement, d'une méfiance vis-à-vis d'une informatique administrative que beaucoup jugent peu efficace? Toujours est-il qu'actuellement de nombreux problèmes se posent au niveau de ce PC, et c'est le service informatique qui, sans avoir de contacts avec la firme qui a fourni ce matériel, doit essayer de récupérer cette situation.

Afin d'éviter la reproduction de tels problèmes, liés à l'achat d'un micro-ordinateur sans supervision du service informatique, celui-ci a vu augmenter son pouvoir de contrôle sur la micro-informatique. Ainsi, l'acquisition d'un PC nécessite, de la part du futur utilisateur, la remise d'un dossier justifiant la demande sur lequel le service informatique se base pour accepter ou non cette demande. De même, un utilisateur qui désire se servir d'un traitement de texte ou d'un tableur, devra utiliser WORDPERFECT ou LOTUS, standards imposés par le service informatique.

17 Lasfargue Y., Vivre l'informatique, op. cit., p. 158.

18 Lasfargue Y., Vivre l'informatique, op. cit., p. 158.

2.2.3. L'absence d'informatique parallèle

Ici non plus, on ne trouve pas d'informatique parallèle dans les services médicaux.

Cette absence s'explique principalement par la taille réduite de l'hôpital et donc la taille trop limitée des services médicaux où aurait pu se développer une telle informatique.

Une autre explication de cet état de fait est la présence du service informatique, par l'intermédiaire des terminaux, dans les unités de soins. Il semblerait que cette présence de l'informatique fasse que les médecins expriment plus volontiers leurs demandes à un service informatique qui n'est pas totalement un inconnu, plutôt que de chercher à y répondre eux-mêmes. Ce sentiment est renforcé par l'existence de procédures de demande connues de tous.

L'influence des mutualités chrétiennes sur la technologie de l'informatique, flagrante au niveau du choix du constructeur et de la centralisation de l'informatique administrative, se voit également au niveau de l'informatisation des services médicaux, même si ici il ne s'agit que d'une influence indirecte. En effet, on remarque que le service de radiologie et le laboratoire de biologie clinique sont équipés d'ordinateurs SIEMENS, choisis, en collaboration avec le service informatique, pour éviter les problèmes d'interfaçage.

3. Les applications

3.1. Une informatique opérationnelle, quelque peu boiteuse

A l'instar de ce que nous avons observé dans le chapitre précédent les traitements automatisés portent essentiellement sur des tâches administratives qui, en raison de leur caractère répétitif et hautement formalisé, peuvent aisément être supportées par l'informatique.

Le portefeuille d'applications, utilisées à des fins administratives, peut être décomposé en trois catégories, en fonction du lieu où chacune de ces applications a été développée.

Les applications de MEDSOC

La majorité des applications administratives est mise au point par l'Alliance des Mutualités Chrétiennes qui, comme nous l'avons précisé, est responsable de l'informatisation d'une quinzaine d'hôpitaux belges. Ces applications gèrent les informations suivantes : la

facturation, la gestion administrative des patients (l'admission, les transferts et la sortie des patients), la comptabilité et la pharmacie (gestion du stock de médicaments et facturation).

D'après les informations reçues, ces applications étant développées pour plusieurs hôpitaux, leur coût d'acquisition est relativement faible, ce qui présente un avantage financier pour la clinique. Toutefois, depuis l'introduction de ces applications à la clinique, tout n'est pas rose. Les utilisateurs se plaignent, entre autres, de l'inadaptation de ces programmes standards aux spécificités de l'hôpital. Ainsi, le programme qui gère actuellement les médicaments ne répond pas parfaitement aux besoins de la clinique. En effet, il a été réalisé en Flandre où on utilise toujours pour la distribution des médicaments une méthode a posteriori, alors que l'hôpital utilise une distribution individualisée. La clinique reproche également à MEDSOC les délais importants de réalisation et de modification de ses programmes.

Pour faire face à ce genre de problèmes, il arrive que le service informatique effectue des modifications aux programmes réalisés par MEDSOC. Ceci pose cependant des problèmes d'incompatibilité avec les nouvelles versions des programmes de MEDSOC qui ne tiennent pas compte de ces modifications locales.

Les développements locaux

Une deuxième catégorie d'applications sont celles développées à l'intérieur de la clinique, par le service informatique. Nous trouvons ici des applications telles que le contrôle budgétaire, des statistiques,..., ainsi que les applications RIM et RCM qui permettent l'encodage des données récoltées.

Les applications achetées

Une dernière catégorie est composée des applications développées à l'extérieur de la clinique, et en dehors de l'Alliance. Ces applications sont utilisées par le service du personnel, la pharmacie et la diététique.

- La gestion de la paie est réalisée grâce à un programme mis au point à l'hôpital public d'Auvélais, et adapté aux spécificités de la clinique de Lobbes qui, en tant qu'hôpital privé, doit respecter des obligations légales différentes. Il est envisagé, pour cette année, de remplacer ce programme par une application réalisée à l'Alliance.

- La pharmacie utilise un programme, développé à l'hôpital d'Auvellais, lui permettant de gérer le matériel, autre que des médicaments, tel que les bandages, le matériel stérile,...
- La diététique se sert d'un logiciel pour gérer les aliments, les menus et les régimes possibles, pour éditer les fiches de repas de tous les patients,... Ce logiciel (qui gère essentiellement des informations logistiques plutôt qu'administratives) a été choisi par l'intermédiaire de la société Break-time qui a poussé le service à s'informatiser. Il est à noter que l'utilisation du logiciel posait certains problèmes d'inadaptation qui, en raison de l'imperfection du service rendu par Break-time, ont été résolus difficilement.

Les applications que nous avons décrites jusqu'à présent tournent toutes sur le système informatique central, à l'exception de la gestion de la paie et du logiciel de la diététique qui sont installés sur des PC.

La structure de ces applications est mixte intégrée, les applications centrales (du type facturation, comptabilité, gestion administrative des patients,...) étant intégrées, les autres étant juxtaposées.

Nous avons ainsi présenté la plupart des applications utilisées à la clinique. Outre celles-ci, il en existe encore quelques-unes, tournant sur les systèmes décentralisés, qui sont affectées au traitement des données médicales.

Il s'agit de la gestion du laboratoire de biologie clinique et de la gestion de la radiologie. Rappelons que, à ses débuts, l'automatisation du laboratoire a connu quelques problèmes, car le programme utilisé, qui était réalisé par l'Alliance, avait l'inconvénient d'être rigide et peu adapté aux besoins du service. Il n'avait été accepté par les médecins biologistes qu'à condition que des modifications y soient apportées, modifications que MEDSOC n'a jamais faites. Le système actuel, choisi pour son caractère paramétrable, a été acheté sans intervention de l'Alliance.

En considérant le portefeuille d'applications dans son ensemble, nous pouvons conclure qu'il est, pour sa plus grande partie, constitué d'applications permettant de réaliser des tâches répétitives et opérationnelles.

Et même si l'application de contrôle budgétaire permet au directeur de prendre des décisions plus efficaces concernant la distribution et la gestion des ressources financières dans la clinique, cette seule application de "support à la gestion" ne nous permet pas de déduire que l'informatisation de l'hôpital a atteint la phase gestionnaire du modèle de Nolan. En effet, la prédominance de traitements opérationnels dans le portefeuille d'applications nous contraint à conclure que l'informatisation de la clinique se trouve toujours dans le premier mouvement de base défini

par Nolan, à savoir la phase opérationnelle. Nous dirons même que cette informatique opérationnelle manque de solidité, vu les plaintes exprimées par les utilisateurs à l'égard de certaines applications de MEDSOC qui, en raison des carences qu'elles présentent, ne répondent pas entièrement aux spécificités de la clinique. Il n'est pas facile pour l'hôpital de pallier aux insuffisances de ces programmes car, comme nous l'avons vu, le service offert par MEDSOC se caractérise par de longs délais de modification, ainsi que par une non prise en compte des changements apportés par la clinique aux programmes de MEDSOC.

3.2. A l'aube d'une informatique médicale

Bien que l'informatique de l'hôpital se base principalement sur le traitement d'informations à caractère administratif, il ne faut pas oublier que, dès 1984, c'est-à-dire avant toute informatisation administrative, les différentes unités de soins ont été dotées d'un terminal permettant à l'équipe soignante d'accéder rapidement aux résultats des analyses effectuées au laboratoire. De l'avis du directeur, cette informatique a créé auprès du personnel soignant une ouverture d'esprit et, malgré les bugs du système initial, ils ont pu se familiariser à l'informatique, encore très mal perçue à cette époque.

Les projets informatiques envisagés pour l'avenir montrent que la clinique, tant au niveau administratif qu'au niveau médical, est consciente de l'importance d'une informatique hospitalière qui ne se limite pas aux traitements administratifs, mais qui s'étend également à l'activité médicale. La facturation n'étant pas le but premier poursuivi par l'hôpital, il faudrait donc développer un système informatique dans lequel le patient est au centre, comme il est au centre de l'activité de l'hôpital.

Un premier projet informatique concerne la réalisation d'une liaison entre la radiologie et le système informatique central, dans le but de faciliter l'accès, par les différentes unités de soins, aux résultats des examens radiologiques.

Un autre projet, plus complexe à mettre en oeuvre, porte sur l'informatisation du dossier médical, avec encodage des prestations par les médecins et connexion du secrétariat médical au système central. Les médecins, présents à la réunion où ont été définis les projets à réaliser dans le courant de cette année, ont déjà donné leur accord pour le développement de ce projet.

Remarquons toutefois que cette informatisation des dossiers médicaux rencontrera certains problèmes. Il faudra tout d'abord trouver un consensus entre les médecins qui, pour la tenue du dossier médical, travaillent tous d'une manière différente. Il faudra également tenir compte de la réticence

qu'ont certains médecins à divulguer des informations concernant leurs patients.

Au sein du corps médical, l'argument du secret médical est parfois avancé pour s'opposer à l'informatisation des dossiers médicaux. Du côté de l'administration, cet argument est parfois réfuté par l'affirmation qu'il est "plus facile de pénétrer dans les dossiers papiers que dans des dossiers informatisés". Toutefois, et pour contre-balancer cet argument, on pourrait arguer du fait que si les dossiers papiers sont plus faciles d'accès, les dossiers informatisés permettent des traitements statistiques des données pouvant servir à des études épidémiologiques, mais aussi à un contrôle de l'activité médicale.

Il nous semble que tous les arguments émis par les différentes parties concernant le bien fondé de l'informatisation du dossier médical cachent, sous des dehors à caractère technique, une lutte entre l'administration et les médecins pour la «possession» des informations médicales.

D'autres projets envisagés ont plutôt une connotation administrative. Il s'agit notamment de la réécriture de l'application pharmacie, de la gestion du pointage par téléphone et de la réalisation d'un dossier statistique destiné aux médecins, aux cadres et au conseil d'administration.

D'une manière générale, nous pouvons dire que l'informatisation des données médicales repose sur une base solide qui peut lui assurer une évolution favorable. En effet, l'introduction d'une informatique médicale dans les unités de soins a sensibilisé le personnel soignant aux avantages que peut lui apporter l'informatique et, petit à petit, de nouveaux besoins se sont créés (informatisation du dossier médical, accès aux résultats de radiologie,...). Ces nouveaux besoins pourront être satisfaits grâce aux structures de décision établies à la clinique (notamment le processus de planification informatique¹⁹), qui permettent aux futurs utilisateurs de formuler leurs attentes, en concertation avec la direction et le service informatique et ainsi, de faire progresser l'informatisation des données médicales.

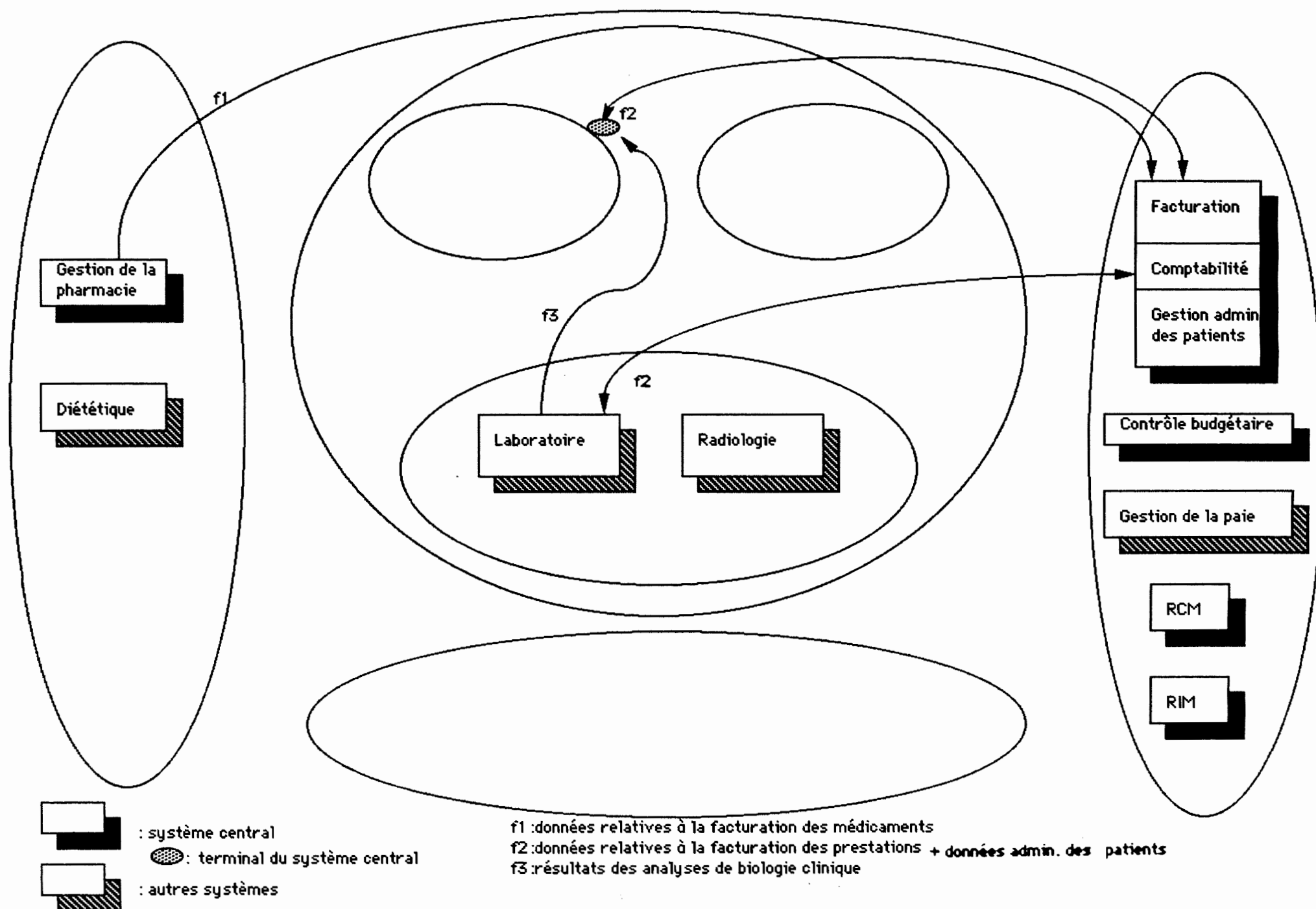
3.3. La carte fonctionnelle de l'informatique

Représentons à présent, sur base des applications utilisées à la clinique, les flux d'information qui sont supportés par l'informatique (figure 4.2).

Le schéma nous montre clairement que l'informatique ne porte pas exclusivement sur des flux d'information à caractère administratif, mais également sur les flux d'information médicaux, et plus précisément sur le système d'information *support médico-technique*.

19 Le problème de la planification est abordé au paragraphe 4.3.

Figure 4.2 : La carte fonctionnelle de l'informatique.



4. La structure

4.1. La position du département informatique

Depuis sa création, le département informatique est intégré au département comptable. Cette position s'explique, comme dans beaucoup d'entreprises²⁰, par l'histoire de l'informatique qui a principalement débuté par l'automatisation de tâches qui étaient du ressort du département comptable.

4.2. Les applications de MEDSOC, une structure lourde

Comme nous l'avons vu précédemment, une partie importante des applications de l'hôpital ont été réalisées par MEDSOC pour plusieurs hôpitaux. Les procédures d'adressage des demandes et de définition des priorités, qui sont donc communes à tous les hôpitaux travaillant avec MEDSOC, sont les suivantes:

- Il existe des formulaires standards que les utilisateurs doivent remplir et envoyer à l'Alliance pour signaler un dysfonctionnement ou demander une modification.
- Mensuellement, pour chaque application (pharmacie, comptabilité,...), se tient une réunion «restreinte» composée d'un directeur d'hôpital, du coordinateur - personne chargée des relations entre les cliniques et l'Alliance -, de deux utilisateurs néerlandophones, de deux utilisateurs francophones et du responsable MEDSOC de l'application concernée. Lors de ces réunions, on débat des priorités de modification de l'application et du suivi du programme.
- Tous les trimestres est organisée une réunion «plénière», à laquelle assistent tous les utilisateurs, qui décide des priorités de développement. Dans les faits, cette réunion se limite souvent à l'approbation des décisions prises lors des réunions restreintes.

Toutes ces procédures, fort lourdes, sont à la base des réclamations des utilisateurs qui se plaignent des délais importants existant entre une demande et son hypothétique réalisation. De plus, la formation à l'utilisation de ces applications, qui se fait sur le tas, n'est pas facilitée par l'absence d'une documentation complète et correcte.

Après avoir vu la structure des applications développées par MEDSOC, et avant de voir celle des applications locales, il nous semble intéressant d'observer comment se fait la répartition des tâches entre MEDSOC et le

20 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 50.

service informatique de l'hôpital. Comme nous pouvions nous y attendre les mutualités chrétiennes jouent un rôle important dans ce partage. En effet, comme nous venons de le voir, il existe une procédure permettant de définir les applications qui vont être réalisées à l'Alliance. Ce n'est qu'ensuite que, sur base du résultat de cette procédure, l'hôpital décide de ses développements locaux. Ceux-ci sont de deux types. Il y a d'abord les applications qui sont jugées prioritaires par la clinique, mais pas par MEDSOC (par exemple le contrôle budgétaire). Il y a ensuite - et cela nous montre que l'hôpital jouit quand-même d'une certaine autonomie par rapport aux décisions de MEDSOC - des applications réalisées par l'Alliance mais que l'hôpital juge peu intéressantes et qu'il remplace par des programmes locaux ou achetés (par exemple la pharmacie).

4.3. L'informatique locale

4.3.1. La planification

La planification des activités du service informatique et la définition des priorités de développement s'effectuent annuellement en trois étapes.

Dans un premier temps, une réunion du directeur de l'hôpital, des informaticiens et des utilisateurs permet à ceux-ci d'exposer leurs demandes.

Pour chaque demande, le service informatique calcule le temps de développement et les ressources financières et humaines qui seraient nécessaires à sa réalisation à l'hôpital, ainsi que le coût de développement externe ou d'achat.

Enfin une seconde réunion permet, sur base de ce tableau des coûts, de choisir les applications qui seront développées durant l'année à venir.

Puisque toute la partie «légalement obligatoire» de l'informatique est fournie par MEDSOC, les modifications de la législation n'ont pas vraiment d'influence sur les activités du service informatique de l'hôpital et les priorités sont donc plutôt fixées selon la valeur intrinsèque des applications.

4.3.2. L'évaluation des activités

L'hôpital dispose donc d'un échéancier informatique portant sur un an qui comporte des informations sur l'organisation du travail, l'engagement éventuel de personnel, l'achat de matériel.

Cet échéancier "qui remplit essentiellement une fonction de coordination interne entre informaticiens"²¹ sert de base à une évaluation trimestrielle des activités donnant lieu à l'établissement d'un procès-verbal.

Il existe également une obligation pour les membres du service informatique d'encoder le temps de travail qu'ils ont consacré à tel type de travail (analyse, tests,...) sur telle application (pharmacie, laboratoire,...). Ces données permettent "de «justifier» vis-à-vis de l'extérieur (par exemple les clients-utilisateurs) les activités des membres du département informatique"²².

L'emprise des mutualités chrétiennes sur le mode d'informatisation est évidente au niveau des procédures d'adressage des demandes et de définition des priorités pour les applications de MEDSOC, puisqu'elles sont définies à l'Alliance. Moins clairement, on peut néanmoins discerner l'ascendant de l'Alliance dans la relativement forte structuration des procédures (planification, évaluation des activités, contrôle du temps de travail...) de ce petit service informatique, alors que cette structuration semble plutôt l'apanage d'organisations et de départements informatiques plus importants²³. L'hôpital peut avoir adopté cette forte structuration pour son département informatique par mimétisme suite à l'observation de la structure de MEDSOC ou par souci de contrôler de manière stricte les dépenses informatiques, en raison du contrôle que lui-même subit de la part des mutualités chrétiennes. Cette forte structuration, et plus particulièrement le contrôle du temps de travail des informaticiens - qui doit éviter au service informatique de prêter le flanc à toute critique -, peut également montrer que l'informatique locale, qui à l'origine n'était pas prévue, se soucie de justifier son existence à côté de MEDSOC.

5. Les ressources

5.1. Les ressources financières

En 1989, le service informatique disposait d'un budget de 7.8 millions BEF, représentant 1.2% du chiffre d'affaires de l'hôpital. Les dépenses informatiques effectuées étaient réparties de la façon suivante :

| | |
|------------------------|-----|
| - personnel | 35% |
| - amortissements | 17% |
| - maintenance hardware | 17% |
| - maintenance software | 12% |
| - fourniture | 7% |
| - autres | 12% |

Tableau 4.1 : les dépenses informatiques en 1989

21 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 54.

22 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 59.

23 Lobet CL. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., pp. 47-59.

Les frais de personnel prennent une part importante dans les dépenses informatiques. Globalement, en valeur absolue, les dépenses augmentent, mais restent stables par rapport au montant des dépenses totales de l'hôpital.

Comme nous l'avons signalé précédemment, le coût des services de l'Alliance est relativement faible et constitue donc un avantage financier pour la clinique, même si l'on se rend compte - aussi bien dans la partie administrative que médicale de l'hôpital - que le service rendu par MEDSOC est loin d'être parfait. Les réticences vis-à-vis de l'informatique observées à l'hôpital peuvent également s'expliquer par le fait que «l'informatique MEDSOC» a été imposée par les mutualités chrétiennes et qu'elle n'est pas le résultat d'un libre choix. La situation rencontrée au laboratoire, qui a, indépendamment de MEDSOC, fait une étude de marché et choisi un logiciel répondant mieux à ses besoins montre bien qu'il y a une divergence entre le point de vue des médecins, qui recherchent des programmes «collant» aux spécificités de la clinique, et le point de vue de l'Alliance qui, grâce à des programmes standards, cherche à rationaliser la gestion de l'hôpital afin de mieux maîtriser sa structure de coûts.

Tout développement d'une informatique médicale efficace par MEDSOC semble, dans les conditions évoquées précédemment, difficilement envisageable. Donc, si la clinique veut investir dans l'informatisation des données médicales, il faudra qu'elle finance celle-ci elle-même par un prélèvement sur les honoraires médicaux. Et, pour obtenir l'approbation des médecins, il faudra leur proposer des applications médicales performantes qui répondent parfaitement à leurs besoins. Les futures applications devront d'autant être plus performantes, et donc convaincantes, que les premières applications de MEDSOC ont laissé, chez certains médecins, un a priori négatif vis-à-vis de l'informatique.

5.2. Les ressources humaines

Actuellement, le service informatique comprend trois personnes : le responsable informatique, un analyste-programmeur et une opératrice. On envisage d'augmenter l'équipe car la petite taille du service empêche le développement de nouvelles applications, d'autant plus que le responsable informatique ne remplit pas à proprement parler une fonction informatique, mais a plutôt un rôle purement comptable. Cette pauvreté des ressources humaines du service s'explique par les débuts de la collaboration avec MEDSOC, époque à laquelle une opératrice et un responsable informatique à temps partiel devaient normalement être suffisants.

Au niveau qualitatif, le fait qu'initialement un service informatique local n'était pas prévu ainsi que la fourniture par MEDSOC de nombreuses

applications jouent un rôle certain sur le profil des informaticiens qui ont été engagés.

6. Conclusion

L'analyse de l'organisation nous a permis de mettre en évidence le contrôle qui est exercé par les mutualités chrétiennes sur l'hôpital, et plus particulièrement sur la partie administrative de celui-ci.

Cette influence est clairement visible au niveau de l'informatisation de l'hôpital puisque l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, par l'intermédiaire de MEDSOC, fournit et assure la maintenance des principales applications présentes à l'hôpital.

Cette influence est nettement moins visible au niveau de l'informatique développée à l'intérieur de l'hôpital puisque cette informatique existe pour pallier à des faiblesses de MEDSOC. Toutefois, on peut discerner la manière dont les mutualités chrétiennes contrôlent l'hôpital dans la forte structuration d'un service informatique somme toute très réduit.

Face à cette administration influencée par les mutualités chrétiennes, on trouve un corps médical qui semble avoir perdu une partie de l'indépendance qui était le trait caractéristique des médecins de Ste Elisabeth. Ce fait, et la participation des médecins à la gestion de la clinique, permet d'avoir une meilleure qualité de dialogue entre le corps médical et l'administration. Ce dialogue existant entre les deux factions de l'hôpital, traditionnellement présentées comme antagonistes, joue un rôle dans le développement, en projet, d'une informatique médicale, non au niveau d'un seul service, mais de l'ensemble de l'hôpital.

Ce soutien du corps médical à l'informatique locale peut s'expliquer par l'alternative à laquelle il est confronté : ou bien aider le département informatique dans l'optique d'une informatisation globale de l'hôpital; ou bien accepter que, à terme, cette informatisation soit assurée par MEDSOC, dont les réalisations sont relativement mal perçues par les médecins.

Ainsi, malgré d'inévitables problèmes, il semble que l'hôpital St Joseph de Lobbes soit sur une des voies menant à un Hospital Information System.

Chapitre 5 :
Cliniques Universitaires UCL
de Mont-Godinne

Les cliniques universitaires de Mont-Godinne sont un hôpital privé de 340 lits. Un stage d'un mois en décembre 1990 nous a permis d'étudier cet hôpital en tant qu'organisation ainsi que son état d'informatisation.

Nos observations sont basées essentiellement sur des interviews guidées par notre grille d'analyse. Nous avons pu ainsi rencontrer le directeur administratif, le directeur médical adjoint, les membres du service informatique et la majorité des responsables administratifs de l'hôpital. D'une manière générale, nous avons pu rencontrer la plupart des personnes en contact avec l'informatique. Nous avons également été renseignés, par des entrevues et des visites, sur le fonctionnement de services de types différents. Enfin, nous avons pu nous entretenir avec de nombreux médecins hospitaliers.

A partir des données ainsi récoltées, et en nous basant sur les éléments théoriques exposés précédemment, nous allons décrire l'organisation hospitalière et son informatique, et tenter d'expliquer cette dernière à la lumière de son contexte organisationnel.

Section 1: L'organisation

1. L'hôpital et son contexte

1.1. Présentation de l'hôpital

1.1.1. Historique

L'histoire hospitalière de Mont-Godinne débute en 1897 quand une société privée construit en surplomb de la Meuse un sanatorium destiné à accueillir des patients, privés et payants, soignés par des religieuses françaises chassées de leur pays.

A partir de la cession de ce bâtiment à l'Association des Mutualités Chrétiennes après 1918, le sanatorium ne cesse de s'agrandir. Des problèmes de volume d'activité commencent à se poser vers la fin des années 1950 en raison du recul constant de la tuberculose.

C'est en 1967 qu'est signé un accord, entre les mutualités chrétiennes et les autorités académiques de l'UCL, qui transforme le sanatorium en cliniques universitaires. La gestion administrative et financière de l'institution est confiée à l'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne tandis que la direction médicale et scientifique relève de l'autorité de la faculté de médecine de l'UCL.

Depuis cette date, de nombreux services médicaux ont été ouverts et d'incessants aménagements et constructions nouvelles ont porté l'hôpital à sa capacité actuelle.

1.1.2. Présentation de l'activité

L'hôpital emploie près de 1000 personnes et comprend les services médicaux suivants:

- Les services d'hospitalisation: médecine interne, pneumologie, cardiologie, hématologie, chirurgie générale, chirurgie neurologique, gériatrie, soins intensifs,... Les 340 lits de ces services totalisent, pour 1989, 117800 journées d'hospitalisation.
- Les services de consultation qui couvrent presque toutes les spécialités médicales globalisent 45200 consultations pour 1989 (\pm 55000 en 1990).
- Les services médico-techniques: laboratoire de biologie clinique, radiologie, transfusion, médecine nucléaire et bloc opératoire.

En plus de ces services médicaux la clinique comprend:

- Les services administratifs suivants: service du personnel, comptabilité, informatique, administration des patients.
- Les services logistiques suivants: diététique, cuisine, entretien, accueil, achats, archives, service technique et travaux, service social et pharmacie.

1.1.3. Les médecins

La caractéristique principale des médecins des cliniques universitaires est de ne pas être indépendants, comme dans les deux cas précédents, mais salariés. Leurs honoraires sont donc perçus par la clinique qui leur verse une rémunération fixe. Cette salarisation des médecins, qui nécessite une certaine capacité financière de l'institution qui les emploie, est rendue possible par les subsides supplémentaires perçus par les cliniques, notamment en raison de l'enseignement qui y est dispensé et des recherches qu'on y poursuit.

Le statut universitaire des médecins, et la part de recherche que cela implique, empêche la «fonctionnarisation» des médecins que l'on peut observer ailleurs et qui est un des risques majeurs d'une rémunération fixe.

Toutefois ceci n'enlève rien au caractère indépendant des médecins qui, comme ailleurs, supporteront très mal l'imposition d'une contrainte quelconque.

Le principal avantage de ce mode de rémunération est que, puisque il n'y a pas de prélèvement sur les honoraires médicaux, il ne faut - en principe - pas obtenir l'accord des médecins préalablement à toute dépense.

1.2. Les facteurs contextuels

1.2.1. L'environnement

De nouveau, le caractère hospitalier de l'organisation étudiée nous amènera à conclure à un environnement caractérisé par la complexité, la stabilité et la diversité des marchés.

Pour les deux hôpitaux précédents nous avons conclu à une relative hostilité de l'environnement en raison des difficultés financières que traversent les hôpitaux, de la concurrence faite par des institutions hospitalières proches ou d'une taille relativement limitée. Passons ces différents points en revue et voyons si, ici, ils jouent le même rôle.

Premièrement, au point de vue financier, le prix de journée qui est payé aux cliniques, en tant qu'hôpital universitaire, est près du double de celui remboursé aux autres hôpitaux. Il est vrai que l'hôpital doit accueillir des patients nécessitant des traitements plus lourds, donc plus coûteux, mais ce fait ne contre-balance pas complètement le bénéfice issu de la majoration du prix de journée.

Deuxièmement, s'il existe bien des institutions hospitalières à proximité, celles-ci ne concurrencent pas l'activité spécialisée et de pointe des cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Troisièmement, si la taille de l'hôpital ne lui pose aucun problème de survie, elle est toutefois fort limitée pour un hôpital universitaire où les services doivent avoir une certaine taille afin de pouvoir poursuivre efficacement des recherches scientifiques.

Enfin, la présence derrière l'hôpital des mutualités chrétiennes et de l'UCL est un avantage certain pour l'hôpital. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les mutualités pourraient, en cas de difficultés financières, épauler l'hôpital. De plus, la clinique, grâce au «statut universitaire» de la médecine qui y est pratiquée, possède une excellente image de marque. Celle-ci étant

encore renforcée par l'image diffusée par les mutualités et l'UCL dans leur réseau de contacts.

Après avoir caractérisé l'environnement par sa stabilité, sa complexité et sa diversité de marchés, nous le qualifierons "d'accueillant".

Nous allons maintenant nous attacher à l'étude de la coalition externe des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne.

1.2.2. La coalition externe

Ici aussi, les patients et les mutuelles en général jouent des rôles semblables à ceux décrits dans le chapitre 3, nous ne les répéterons donc pas. Si de nombreuses obligations légales sont propres aux hôpitaux universitaires, le rôle de celui qui les édicte, le gouvernement, est le même pour tous les hôpitaux.

Par contre, nous allons étudier la place dans la coalition externe du propriétaire, les mutualités chrétiennes, par l'intermédiaire de Solidarité Mutualiste Chrétienne, et d'un partenaire, l'UCL.

L'influence des mutualités chrétiennes sur l'hôpital, via l'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne, est certaine. En effet, le directeur administratif de l'hôpital est nommé par le conseil d'administration qui est principalement composé de responsables des mutualités chrétiennes. Cette influence s'effectue également par l'entremise du comité de gestion qui est présenté au point 2.1.1. Un détail révélateur de cette influence des mutualités chrétiennes est la «recommandation» qui est faite au personnel de l'hôpital d'avoir une affiliation aux mutualités chrétiennes.

Un fait vient toutefois nuancer cette influence, "la clinique se suffisant à elle-même, elle n'a donc pas besoin d'aide et est relativement indépendante"¹.

Le deuxième détenteur d'influence de la coalition externe est l'UCL. L'influence de l'UCL est primordiale sur la partie médicale de l'organisation car les médecins, bien que travaillant à la clinique, font toujours partie de l'université qui joue un rôle important dans la nomination des médecins. On peut même dire que l'influence de l'UCL est d'autant plus importante que les médecins de Mont-Godinne veulent se faire reconnaître par leurs confrères de Woluwé (l'hôpital

¹ information recueillie auprès du directeur administratif.

principal - par la taille - de l'UCL) comme universitaires à part entière.

Ce partage du pouvoir dans la coalition externe, principalement entre les mutualités chrétiennes et l'UCL, et le fait que ces deux acteurs principaux poursuivent des buts différents - développement des activités de recherche et promotion de l'esprit scientifique chez les médecins pour l'UCL, contrôle des coûts pour les mutualités chrétiennes - nous permet de conclure en l'existence d'une coalition externe "divisée"².

Toutefois, il nous faut nuancer ce jugement en disant que les mutualités chrétiennes, largement majoritaires dans le conseil d'administration, dominant en quelque sorte cette coalition externe divisée.

2. Le fonctionnement de l'hôpital

2.1. L'autorité dans l'hôpital.

2.1.1. L'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne

La figure 5.1 représente la manière dont dépendent les cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne de l'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne.

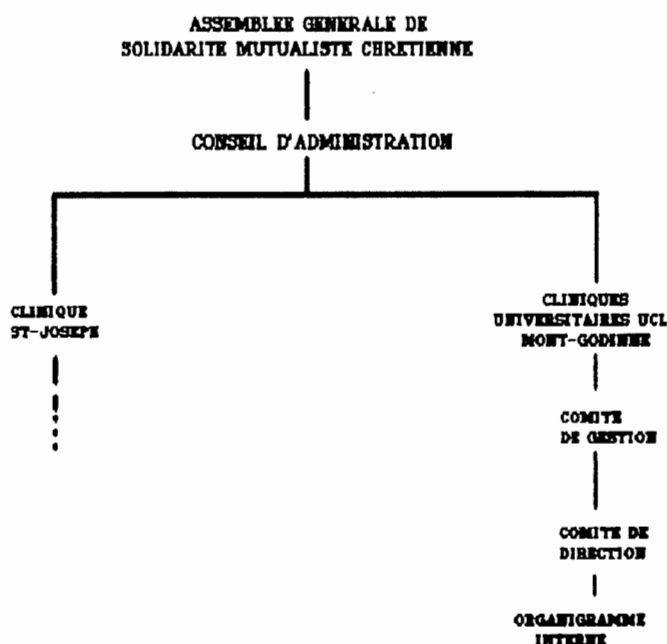


Figure 5.1: Solidarité Mutualiste Chrétienne

L'ASBL Solidarité Mutualiste Chrétienne regroupe deux institutions hospitalières, la clinique St Joseph de Pulderbos et les cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Actuellement, seul le conseil d'administration, composé de représentants des mutualités chrétiennes et d'un membre de l'UCL est commun aux deux institutions.

2.1.2. Le comité de gestion

La gestion des cliniques, au niveau de la politique générale, s'est déplacée du conseil d'administration, fort éloigné, vers le comité de gestion.

Ce comité est composé :

- du président, du secrétaire et de l'administrateur-délégué du conseil d'administration de Solidarité Mutualiste Chrétienne;
- de six représentants des Mutuelles Chrétiennes régionales wallonnes;
- du secrétaire de la Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales;
- de la direction (administrative et médicale) des cliniques;
- du directeur du nursing des cliniques;
- du président et du secrétaire du conseil médical.

Ce comité se réunit mensuellement. On lui présente la gestion journalière de l'hôpital "afin d'avoir un avis extérieur". En principe, ce comité n'a aucun pouvoir de décision, mais la présence d'administrateurs importants lui confère un pouvoir de fait. En effet, comme le fait remarquer le directeur administratif, "si les administrateurs faisant partie de ce comité proposent quelque chose au conseil d'administration, celui-ci sera d'accord."

2.1.3. Le comité de direction

Tous les jours se réunit le comité de direction, composé du directeur administratif, du directeur médical, du directeur médical adjoint et du responsable des services généraux. Ce comité gère les affaires journalières de la clinique.

On voit que la direction journalière de la clinique n'est pas effectuée par une seule personne mais par un comité où sont présents des membres du corps médical. Cette collégialité permet à des

représentants de l'UCL (le directeur médical et le directeur médical adjoint) de participer à la gestion journalière de la clinique.

2.1.4. L'organigramme

Comme nous le montre l'organigramme des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne (représenté par la figure 5.2), 4 départements et 3 services se trouvent en dépendance directe de la direction.

Les services des départements opérationnels (départements nursing et médicaux) sont regroupés par fonction et par marché. Les autres services sont eux regroupés par fonction seulement.

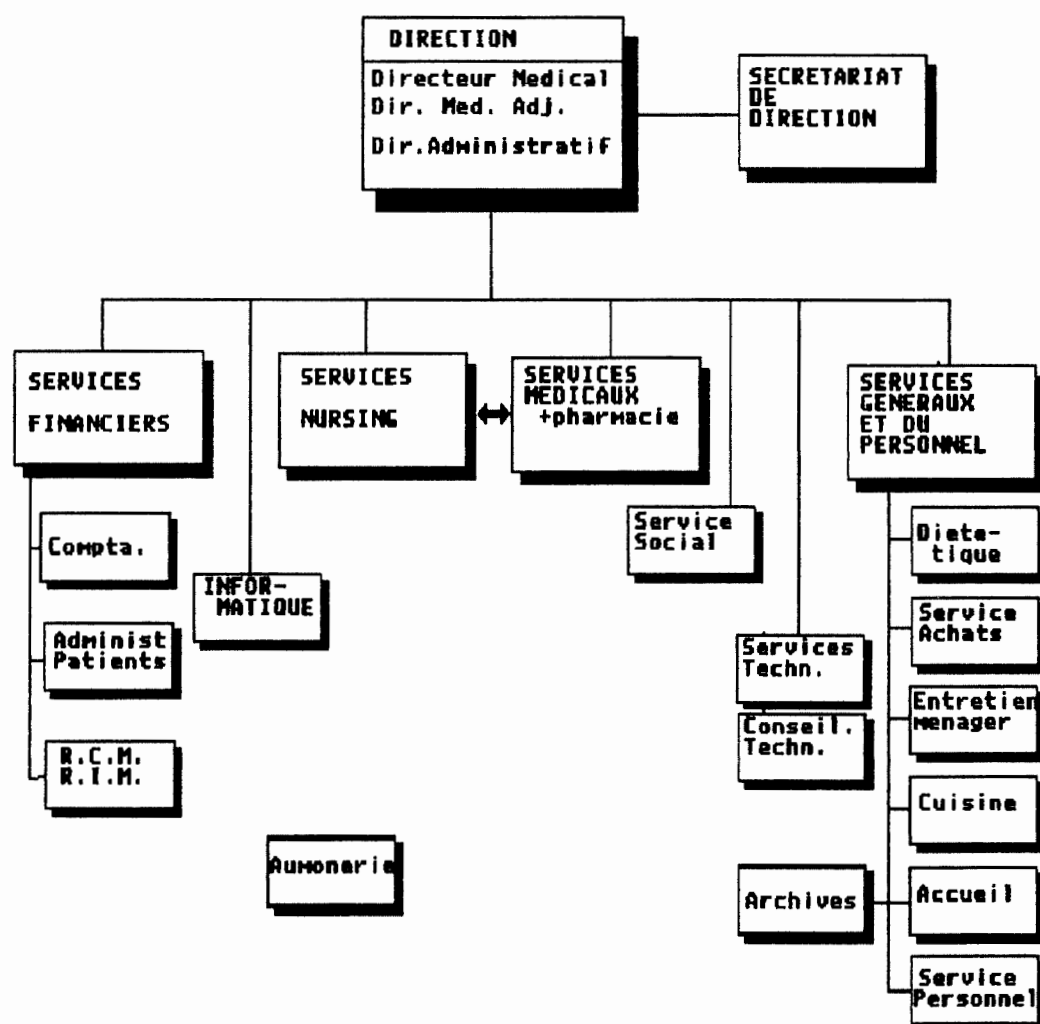


Figure 5.2: organigramme des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

Ici aussi, on retrouve une double hiérarchie. La hiérarchie administrative, plus contraignante, dont dépendent les services

financiers, les services nursing, les services généraux, le service informatique, le service social et la diététique. La hiérarchie médicale dont dépendent les services médicaux. Il y a rencontre de ces deux hiérarchies au niveau des services opérationnels.

En ce qui concerne la hiérarchie médicale, il est intéressant de dire que les médecins de l'hôpital sont intégrés à un service de soins de Mont-Godinne, mais aussi dans un département de la faculté de médecine dont la plupart des membres se trouvent à l'hôpital de Woluwé.

D'après le responsable des services généraux, "c'est un choix du directeur administratif que la politique sociale dépende directement de la direction générale". Ceci peut s'expliquer par le fait que le directeur soit, au sein des cliniques, le relais de "l'importance qu'accordent les mutualités chrétiennes au caractère social de leurs institutions"³. Cette importance attachée par la direction à la politique sociale peut aussi expliquer le fait que la responsable du service social - un service d'une taille somme toute limitée - soit invitée à participer au comité de direction deux fois par mois.

2.2. Les flux de travail

Pour les mêmes raisons que celles citées au chapitre précédent, nous exposerons seulement les aspects du travail qui sont spécifiques aux cliniques de Mont-Godinne, tout en rappelant les principales variables sur lesquelles se basent la conception et la coordination des tâches effectuées dans les différents centres d'activités.

2.2.1. L'activité médicale

A. L'activité des médecins

Rappelons tout d'abord que l'hôpital s'appuie essentiellement sur la standardisation des qualifications pour coordonner les tâches médicales, et sur les paramètres de conception qui y correspondent, à savoir la formation et la socialisation.

L'analyse du statut des médecins nous a montré que les cliniques engagent les médecins en tant que salariés, ce qui évite en partie les problèmes rencontrés dans les hôpitaux où les médecins ont un statut d'indépendant. Mais même si les médecins ont un statut de salarié, ils gardent toujours leur caractère individualiste. Considérons quelques aspects de leur travail pour illustrer cet individualisme.

3 informations recueillies auprès d'un membre de l'ANMC.

Premièrement, nous pouvons soulever l'aversion des médecins pour les tâches administratives. Ainsi, il arrive souvent que la comptabilité doive faire des démarches pour se procurer certains documents à temps.

Ensuite, il faut souligner l'absence de standardisation au niveau des tâches de gestion effectuées par les médecins. Ainsi, l'organisation du dossier médical est différente d'un médecin à l'autre et, en raison de leur indépendance, "il est très difficile de leur imposer des règles, notamment au niveau de l'uniformité des méthodes de travail". Ce rejet de contraintes extérieures se reflète également dans leurs décisions en matière informatique. Les médecins s'informatisent souvent "dans leur coin", sans tenir compte des systèmes déjà instaurés dans l'hôpital et des problèmes d'incompatibilité qui peuvent résulter de leurs choix informatiques.

Il est intéressant de noter que, contrairement aux situations rencontrées dans d'autres hôpitaux, les données médicales de chaque patient sont accessibles à tous les médecins. Les différents dossiers d'un patient, réalisés dans les divers services où il a été soigné, sont regroupés en un dossier médical unique, tous les dossiers étant conservés aux archives centrales. Notons toutefois que, entre autres pour des raisons légales, certaines informations médicales restent à l'intérieur du service concerné.

Le dossier unique permet aux médecins de connaître les problèmes que le patient a rencontrés dans le passé, et de le considérer comme un tout, plutôt que comme un ensemble de pathologies séparées. Une telle organisation des données médicales évite les tensions, telles que celles rencontrées à la clinique Ste Elisabeth, qui résultent de la réticence des médecins à divulguer des informations à leurs confrères.

Soulignons par ailleurs qu'un rapprochement peut être fait entre ce type d'organisation des informations du patient et la forte spécialisation médicale qui caractérise les hôpitaux universitaires. Cette spécialisation poussée engendre un éclatement important des données médicales relatives à un patient, celles-ci étant collectées dans toute une série d'unités spécialisées. En raison de cet éclatement des informations, la mise au point du diagnostic médical semble donc nécessiter un renforcement de la coordination des tâches médicales. Et c'est grâce au dossier médical unique que les médecins parviennent à améliorer cette coordination.

Remarquons enfin que le caractère universitaire de l'hôpital a un impact sur les tâches réalisées par les médecins. En effet, une partie importante du travail médical est consacrée aux activités de recherche, auxquelles viennent encore s'ajouter des tâches d'enseignement, l'organisation de conférences et de symposiums, des publications scientifiques,... Nombreux sont les médecins qui soulignent l'importance de l'outil informatique pour mener à bien toutes ces activités. Il est à noter ici que, contrairement à ce qui se passe au niveau des soins aux patients⁴, le médecin n'applique pas des connaissances standardisées pour accomplir ses activités de recherche qui, en raison de leur caractère innovateur, ne sont pas prévisibles et ne peuvent donc pas être standardisées.

B. Le travail du personnel infirmier

Les tâches infirmières et les mécanismes mis en oeuvre pour coordonner ces tâches sont largement les mêmes que ceux présentés aux chapitres précédents. Le travail spécialisé est coordonné à l'aide de la standardisation des qualifications, alors que l'organisation du travail est essentiellement réalisée grâce à l'ajustement mutuel et la supervision directe.

Au niveau des tâches administratives effectuées par le nursing nous pouvons mettre en évidence quelques spécificités.

Rappelons d'abord que, parmi ces tâches, certaines sont difficilement standardisables à l'aide de procédures. Le responsable nursing insiste à cet égard sur le fait que, dans la gestion du nursing, une série de contraintes ne lui permettent pas de faire une gestion "froide". Il cite comme exemple la gestion des horaires où il faut tenir compte de la vie personnelle et de la compétence de l'infirmière, de l'ambiance qui règne dans un service, et d'autres contraintes non formalisables.

En ce qui concerne les tâches administratives formalisables (commandes de médicaments, réalisation du RIM,...), certaines d'entre elles sont réalisées à l'aide de documents destinés à la lecture optique. Il s'agit notamment des documents permettant de facturer au patient les médicaments qui ont été pris dans la réserve située à l'unité de soins⁵, ainsi que des formulaires permettant la récolte des données du RIM. Les feuilles sont cochées par les infirmières et traitées ensuite au service informatique.

4 cfr supra, chapitre 3, paragraphe 1.2.1.

5 Les feuilles de lecture optique sont seulement utilisées pour la méthode a posteriori.

Le reproche exprimé par les infirmières à l'égard de ce système de lecture optique, est qu'il permet à l'administration de travailler plus efficacement et de gagner du temps, mais que, pour elles, il constitue une surcharge de travail.

Observons, par exemple, le RIM.

Pour l'administration, le principal avantage concerne l'encodage des informations. Avec le système manuel, une personne de l'administration encodait, pendant une semaine, les données (portant sur cinq jours) devant être transmises au ministère, alors que la lecture optique permet d'encoder, en quelques heures, les données récoltées sur une période de 15 jours.

Les infirmières estiment que ce nouveau système a transformé le gain de temps, réalisé à l'administration, en un surcroît de travail pour les différents services nursing. Déjà surchargées par diverses tâches administratives, elles ont dû investir une partie de leur temps dans l'apprentissage de ce nouvel outil de travail, qui nécessite un remplissage très minutieux des documents. En ce qui concerne le RIM, ces efforts supplémentaires leur semblent d'autant plus inutiles que les retombées informationnelles de la transmission au ministère sont extrêmement faibles.

Le responsable nursing souligne qu'il faudra convaincre les infirmières de l'intérêt que peut leur apporter la lecture optique. Ainsi, les données récoltées sur les 15 jours pouvant facilement être encodées grâce à la lecture optique, celle-ci permettra de faire des comparaisons au niveau de la clinique et d'obtenir un feed-back rapide pour le nursing.

En plus des documents de lecture optique, les infirmières se servent d'une imprimante leur permettant, à partir de la carte magnétique du patient⁶, d'imprimer ses données administratives sur les différents formulaires (les demandes d'examens, les feuilles de lecture optique,...) ou de sortir des étiquettes reprenant ces mêmes données, les avantages étant un gain de temps et une meilleure lisibilité des documents.

Remarquons enfin que, contrairement aux deux hôpitaux analysés précédemment, les unités de soins n'ont pas à leur disposition des aides administratives. Selon l'avis d'une infirmière chef de service, une partie du travail administratif nécessite des connaissances au niveau infirmier et ne pourrait, par conséquent, pas être effectué par une aide administrative. Elle souligne également que l'engagement d'une aide administrative entraînerait un dépassement des normes imposées au nursing et ne serait donc pas financé par le ministère.

⁶ Cette carte magnétique comporte les données administratives du patient et est réalisée par l'administration lors de l'admission du patient.

En conclusion, nous pouvons dire que, pour les mêmes raisons que celles évoquées aux chapitres précédents, l'activité médicale possède une structure "bureaucratique". Ce diagnostic doit toutefois être nuancé car, comme nous l'avons précisé, les tâches de recherche qu'accomplissent les médecins ne peuvent être standardisées à l'aide de procédures qui déterminent ce qui doit être fait. Nous en déduisons que la structure médicale est non seulement "bureaucratique", mais peut, en raison des activités de recherche que réalisent les médecins, également être qualifiée de "organique", cette dernière étant caractérisée par "l'absence de standardisation"⁷.

2.2.2. La logistique et l'administration

Comme nous l'avons signalé dans les deux chapitres précédents, l'organisation des services faisant partie de ces deux centres d'activités présente des ressemblances, notamment au niveau de la conception et de la coordination des tâches. Contrairement aux activités des médecins, celles-ci sont spécialisées dans les deux dimensions et coordonnées principalement à l'aide de la supervision directe (par le responsable du service) et de la standardisation des procédés et des résultats. Considérons quelques exemples pour illustrer ces caractéristiques du travail.

- Les diététiciennes contrôlent le remplissage des plateaux à la chaîne - celui-ci étant réalisé par les aides soignantes venant des différentes unités de soins - et veillent au respect de l'hygiène lors de la distribution des repas (supervision directe).
- Le pharmacien a mis au point un formulaire, reprenant les médicaments que la clinique a en stock, qui est obligatoire pour tous les médecins (standardisation des procédés).
- La majorité des produits utilisés à l'hôpital (produits nursing, matériel médical, matériel de bureau,...) sont centralisés au niveau du service des achats. Il existe un catalogue reprenant tous ces produits, sur base duquel les services établissent leurs bons de commande (standardisation des procédés).
- Les personnes travaillant à la comptabilité accomplissent chacune une tâche bien définie telle que la gestion des fournisseurs, la gestion des débiteurs patients, la gestion des immobilisés,... Cette spécialisation horizontale n'est

⁷ Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, p.103.

cependant pas absolue, en raison de la polyvalence du personnel qu'on essaie de maintenir.

- L'administration réalise l'encodage des prestations médicales grâce à la lecture optique (standardisation des procédés).

Sur base de ces constatations nous concluons à nouveau à une structure "bureaucratique", tant au niveau de la logistique qu'au niveau de l'administration.

2.3. Les flux d'information

Analysons à présent les flux d'information qui circulent entre les différents centres d'activités. Nous présenterons ensuite les mécanismes de liaison instaurés à l'hôpital.

2.3.1. Les flux d'information entre les centres d'activités

A. Les flux d'information entre l'administration et l'activité médicale

Les informations transmises par l'administration sont essentiellement les données administratives des patients, qui sont encodées sur le système informatique central par l'administration et répercutées aux différents services médicaux à l'aide de la carte magnétique qui est réalisée lors de l'admission du patient. Le laboratoire est le seul service qui, grâce à la liaison avec le système informatique central, peut accéder automatiquement à ces données administratives.

Les informations transmises par l'activité médicale portent principalement sur la facturation des hospitalisés. Ces données sont récoltées par l'administration, notamment sous forme de formulaires destinés à la lecture optique. Le laboratoire peut, grâce à la liaison avec le système informatique central, injecter automatiquement les données relatives à la facturation.

L'administration vient également collecter dans les unités de soins les informations du RIM, ainsi que les fiches de transfert et de sortie.

B. Les flux d'information entre l'activité médicale et la logistique

Ces flux d'information sont largement similaires à ceux présentés dans les chapitres précédents. Les services médicaux

transmettent diverses demandes à la logistique tout en respectant les standards qui sont établis.

C. Les flux d'information entre l'administration et la logistique

Ici aussi, le flux d'information principal regroupe les informations relatives à la facturation des médicaments. Ces informations sont encodées à l'administration, soit manuellement si les médicaments ont été distribués suivant la méthode individualisée, soit par lecture optique pour la distribution a posteriori.

D. Les flux d'information entre les services médicaux et les services médico-techniques

Comme dans les chapitres précédents, nous décrirons seulement le flux d'information typique qui joint les unités de soins au laboratoire de biologie clinique.

Les demandes d'analyses et les prélèvements sont envoyés au laboratoire via un système de "télétube". Ce système a été installé dans toutes les unités de soins, pour que les infirmières ne perdent plus leur temps en trajet dans les couloirs qui les séparent du laboratoire. Une fois les résultats connus, les protocoles d'analyses sont envoyés (manuellement) au médecin demandeur. L'hôpital de jour dispose d'un terminal connecté au système informatique du laboratoire, ce qui lui permet d'accéder plus rapidement aux résultats des tests.

Les médecins insistent sur l'importance d'un système, notamment informatique, permettant une transmission plus rapide des protocoles d'analyses. Les retards d'informations qui résultent d'une transmission inefficace obligent parfois le médecin à postposer une opération, ce qui entraîne des coûts supplémentaires puisque le patient reste hospitalisé sans qu'il soit soigné.

Il nous semble intéressant de noter que, malgré le besoin exprimé par le corps médical de disposer d'un système efficace d'accès aux résultats, aucune décision n'a été prise à l'hôpital pour répondre à cette demande des médecins. Nous reviendrons sur ce problème à la section 2 de ce présent chapitre, où nous tenterons d'évoquer les raisons qui freinent l'informatisation des données médicales et, en particulier, de ces flux d'information en provenance des services médico-techniques.

E. Les flux d'information entre l'activité médicale et la gestion hospitalière

Nous nous limiterons ici à un flux d'information particulier, reliant les unités de soins à l'administration, qui permet de gérer les lits.

Au niveau de l'ensemble de l'hôpital, il n'est pas clairement défini qui a sous sa responsabilité la gestion des lits. Actuellement, une collaboration entre le personnel infirmier, les secrétaires médicales et l'administration est indispensable pour mener à bien cette gestion des lits, qui est réalisée principalement par des communications informelles, notamment à l'aide du téléphone. Cette gestion pose souvent des problèmes en raison du taux d'occupation important à l'hôpital, mais également en raison de l'absence d'un outil performant qui offre le relevé des lits en temps réel.

Il faut encore ajouter à cela qu'il existe parfois des frictions entre le nursing et l'administration. Celles-ci découlent de la différence d'objectifs qu'ils poursuivent, le nursing étant préoccupé par les soins aux patients, l'administration, quant à elle, étant soucieuse de fournir une image correcte de l'activité de l'hôpital. Ainsi, il arrive que les infirmières transfèrent un patient dans une autre chambre, sans en avertir l'administration. Ceci pose des problèmes, notamment au niveau de l'accueil qui, pour guider les visiteurs, se base sur un listing qui n'est pas mis à jour. Un autre problème est lié à la carte magnétique du patient qui, après ce transfert, contient des données invalides.

2.3.2. Les mécanismes de liaison

Attachons-nous maintenant aux mécanismes mis en place à l'hôpital qui permettent d'améliorer la coordination entre les différentes unités.

On trouve tout d'abord des comités permanents qui assurent la coordination entre pairs :

- Une fois par semaine, le responsable des services généraux réunit les responsables de la cuisine, de l'entretien et de l'accueil, afin de mettre au point un planning pour les semaines à venir.
- Le responsable de l'entretien organise une réunion mensuelle où il rencontre tout son personnel, afin d'évaluer l'activité du service.

Il existe également au sein de la clinique un ensemble de commissions, se réunissant mensuellement, qui regroupent des personnes ayant des compétences diversifiées, afin d'aborder des problèmes de gestion particuliers. Citons, entre autres, les commissions suivantes:

- La commission du service social, qui regroupe les deux directeurs, le responsable nursing, le responsable des services généraux et la responsable du service social, discute des problèmes sociaux liés à l'activité hospitalière.
- La commission alimentation et diététique, composée du responsable des services généraux et des responsables de la diététique, de la cuisine, du restaurant et de l'hygiène hospitalière, évoque des problèmes tels que l'hygiène, la préparation des régimes,... La commission propose des solutions dans un compte-rendu qui est remis à la direction générale.
- La commission achats, composée du responsable des services généraux et des responsables du service achats, de la pharmacie, du nursing, du service anesthésiologie et des soins intensifs (c'est-à-dire les plus gros consommateurs de produits médicaux), discute des contrats annuels, des prix, de la standardisation du matériel,... Remarquons que, contrairement à ce que nous avons observé ailleurs, il existe ici des comités regroupant des médecins et des responsables administratifs. Ceci peut s'expliquer par le fait que, grâce à leur statut de salarié, les médecins sont moins indépendants (bien que, comme nous l'avons souligné précédemment, ils gardent toujours leur caractère individualiste à certains niveaux) et sont plus enclins à réfléchir aux problèmes de gestion liés à l'activité hospitalière.
- La commission nursing regroupe le responsable nursing et ses adjoints, ainsi que les deux directeurs, le directeur médical adjoint et le responsable des services généraux, afin de traiter les problèmes de politique générale du nursing.

2.4. Le pouvoir dans l'hôpital

La distribution du pouvoir, telle qu'elle a été présentée au chapitre 3, reste toujours valable, moyennant quelques précisions. Une fois de plus, on observe une décentralisation du pouvoir vers la hiérarchie médicale, ce qui nous amène à qualifier la coalition interne de "professionnelle". La hiérarchie administrative, quant à elle, est caractérisée par une centralisation du pouvoir vers les responsables administratifs et par une décentralisation limitée du pouvoir vers les analystes qui élaborent les

standards. Sur base de cette localisation du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital nous pouvons donc conclure que la coalition interne est également "personnalisée" et "bureaucratique".

Notons toutefois que le pouvoir détenu par les différents acteurs n'est pas le même que celui observé au chapitre 3, en raison de l'influence qu'exercent sur l'hôpital les mutualités chrétiennes, d'une part, et l'UCL, d'autre part.

Soulignons tout d'abord que, comme à l'hôpital St Joseph de Lobbes, les cliniques de Mont-Godinne dépendent des objectifs poursuivis par les mutualités chrétiennes qui, à travers le conseil d'administration, et plus encore à travers le comité de gestion, orientent l'activité hospitalière.

Il nous est apparu que les mutualités chrétiennes exercent une influence plus importante sur la structure administrative de l'hôpital que sur sa structure médicale. Ainsi, comme à Lobbes, la plupart des activités administratives sont menées à bien grâce à des outils informatiques mis en place par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Mais, contrairement à ce que nous avons observé à St Joseph, l'informatisation des services médicaux est réalisée sans leur intervention. Nous préciserons à la section 2 dans quelle mesure les cliniques dépendent des mutualités en matière informatique.

En raison du rôle joué par les mutualités chrétiennes, essentiellement au niveau de la hiérarchie administrative, nous pouvons dire que le pouvoir, détenu par les acteurs internes faisant partie de l'administration, est partiellement réduit.

Cette réduction de pouvoir ne doit cependant pas être généralisée. Il nous semble, en effet, qu'une certaine centralisation du pouvoir s'opère au niveau du directeur administratif qui, en tant qu'ancien mutualiste, a été nommé par le conseil d'administration et représente pour les mutualités chrétiennes un appui solide à la bonne mise en oeuvre de leurs objectifs au sein des cliniques.

Comme nous l'avons vu précédemment, un objectif poursuivi par les mutualités chrétiennes consiste à maintenir une attitude sociale à l'intérieur de leurs hôpitaux. Le pouvoir de décision dont le directeur jouit lui permet de mettre en place des structures (le service social qui dépend directement de lui; la commission du service social dont il fait partie;...) qui témoignent bien qu'il est soucieux de mettre en oeuvre cet objectif. Ici apparaît donc que les mutualités chrétiennes parviennent à "imposer" leurs objectifs à l'hôpital, par l'intermédiaire du directeur administratif. Elles mettent ainsi en oeuvre un des moyens de contrôle direct identifiés par Mintzberg, qui permettent aux acteurs externes d'influer sur le fonctionnement d'une organisation, à savoir le moyen qui

consiste à "installer un représentant à temps plein dans la coalition interne"⁸.

Essayons de voir à présent quel est l'impact de l'UCL sur le pouvoir des acteurs internes.

La structure médicale est soumise à l'influence de l'UCL qui, comme le souligne le directeur administratif, "oriente les activités médicales et scientifiques de l'hôpital". Comme nous l'avons précisé auparavant, la clinique dépend également de l'UCL pour la nomination des médecins.

Toutefois, cette influence ne semble pas donner lieu à une diminution du pouvoir des médecins mais, au contraire, constitue un véritable support qui, face aux mutualités chrétiennes, leur donne une plus grande marge de manoeuvre et une autonomie plus importante que celles observées à l'hôpital St Joseph à Lobbes.

Cette analyse du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital révèle un lien important entre le caractère divisé de la coalition externe et le pouvoir détenu par les différents acteurs internes.

D'un côté, on trouve les mutualités chrétiennes qui jouent un rôle important dans la gestion administrative de l'hôpital et qui, à travers les décisions qu'elles prennent (notamment au niveau informatique) réduisent la marge de manoeuvre des acteurs internes.

D'un autre côté, il y a l'UCL qui, à l'intérieur de la structure médicale, vient, en quelque sorte, neutraliser l'influence exercée par les mutualités chrétiennes. Grâce à leur appartenance à l'UCL, les médecins jouissent d'un soutien réel dans la réalisation de leurs tâches. Ajoutons à cela que la présence de professeurs d'université au sein du corps médical permet à celui-ci de jouir d'une grande crédibilité à l'intérieur de l'hôpital. Les médecins disposent donc d'une liberté de manoeuvre non négligeable, ce qui constitue bien sûr une source de pouvoir importante. Ils regagnent ainsi la place privilégiée et l'autonomie que les médecins de Lobbes avaient perdues suite à l'influence des mutualités chrétiennes, ou que eux pourraient perdre en raison de leur statut de salarié.

Par rapport à la situation rencontrée à Lobbes, on observe ici une scission plus forte entre l'administration et l'activité médicale, due à la double influence des mutualités chrétiennes, d'une part, et de l'UCL, d'autre part.

Nous pouvons conclure que, bien que les concepts de Mintzberg nous amènent à qualifier la coalition interne de la même façon qu'au chapitre 3, cette coalition interne possède quelques particularités. Celles-ci sont liées à la distribution du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital, qui est

⁸ Mintzberg H., *Le pouvoir dans les organisations*, op. cit., p. 112.

fortement influencée par la présence des mutualités chrétiennes et de l'UCL dans la coalition externe.

3. La configuration

L'analyse des facteurs contextuels et du fonctionnement de l'hôpital laisse déjà pressentir que le diagnostic présenté au chapitre 3 devra être nuancé. Globalement, nous pouvons affirmer que la structure médicale correspond toujours à une bureaucratie professionnelle, alors que la configuration de la structure administrative est une bureaucratie mécaniste.

Une première nuance à apporter à ce diagnostic concerne la coalition externe qui, comme nous l'avons vu précédemment, n'est plus aussi passive que celle identifiée au chapitre 3.

En effet, les mutualités chrétiennes et l'UCL exercent une véritable influence sur l'activité de l'hôpital et rendent la coalition externe "divisée". L'analyse des facteurs contextuels a montré que cette coalition externe est dominée par les mutualités chrétiennes, ce qui nous amène à conclure que la structure de l'hôpital présente à nouveau des caractéristiques de la configuration que Mintzberg appelle "l'instrument".

Une deuxième nuance à apporter porte sur l'activité des médecins. Nous avons souligné que les médecins consacrent une partie importante de leur travail à la recherche médicale. Nous avons également mis en évidence le caractère innovateur de ces tâches de recherche qui rend celles-ci imprévisibles et, par conséquent, non standardisables.

Les caractéristiques que nous venons d'évoquer ici rejoignent celles de la configuration que Mintzberg appelle "l'adhocratie"⁹. Donc, à partir du moment où la recherche constitue pour l'hôpital une préoccupation importante, la configuration correspondant à sa structure médicale devient un hybride qui emprunte des caractéristiques à la bureaucratie professionnelle (pour l'application des connaissances standardisées dans les soins aux patients), mais également à l'adhocratie (pour organiser les activités de recherche).

En résumé, les cliniques de Mont-Godinne possèdent une structure correspondant à une configuration "hybride", qui s'identifie non seulement aux bureaucraties professionnelle et mécaniste, mais qui présente également des caractéristiques de l'instrument et de l'adhocratie.

⁹ Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, op. cit, pp.375-403.

L'organisation en quelques lignes

Comme à Lobbes, nous nous trouvons en présence d'une organisation subissant l'influence des mutualités chrétiennes. Face à cette administration bien structurée, nous trouvons, cette fois-ci, un corps médical, également structuré, soutenu par son appartenance à l'UCL. Cette structure et cette influence semblent rétablir la position privilégiée des médecins à l'hôpital qu'on ne retrouvait que diminuée à Lobbes.

Section 2 : L'informatique

1. Historique de l'informatique

C'est en 1978 que l'hôpital s'est doté d'un UNIVAC. Ce premier système était utilisé pour la gestion de la paie, la compatibilité et la gestion des stocks nursing. A cette époque, les données nécessaires à la facturation étaient envoyées par modem à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes où la facturation était réalisée.

Les cliniques décident d'adhérer à MEDSOC, association dont nous avons déjà parlé au chapitre précédent. Pour les raisons déjà citées dans le chapitre précédent - manque de souplesse et délais importants - les cliniques ont été obligées de créer en 1986 un département informatique à l'hôpital pour pallier aux faiblesses de MEDSOC.

On engagea donc un responsable informatique et deux programmeurs. L'expérience n'ayant pas été concluante, le responsable a quitté l'hôpital au début de 1990 et n'a toujours pas été remplacé. Suite à ce départ, le département informatique se trouve dans une phase transitoire.

En plus de cette informatique administrative, se sont développés toute une série de systèmes informatiques, principalement à vocation médicale, dans différents services médicaux.

2. La technologie

2.1. Le choix du constructeur

Comme à l'hôpital St Joseph de Lobbes, il n'y a pas eu vraiment de choix de constructeur: "on a décidé de travailler avec MEDSOC et donc on utilise SIEMENS".

Attachons-nous maintenant aux raisons qui ont poussé l'hôpital à adhérer à MEDSOC.

La première et principale raison est, comme à Lobbes, une contrainte institutionnelle¹⁰ imposée par les mutualités chrétiennes en vue de réaliser des économies d'échelle et de faciliter la transmission d'informations entre les institutions de soins et les mutualités.

La seconde raison, avancée par le directeur administratif des cliniques de Mont-Godinne, est que la collaboration avec MEDSOC permet d'éviter une dépendance vis-à-vis d'un informaticien, qui, s'il avait quitté l'hôpital, aurait laissé le département informatique de l'hôpital exsangue.

¹⁰ Lobet Cl. et al., L'état de l'informatisation des entreprises, op. cit., p. 23.

2.2. La configuration informatique

2.2.1. Les points de vue technologiques et organisationnels

L'ordinateur SIEMENS C40 du service informatique supporte la plupart des applications administratives et logistiques de l'hôpital. En plus de ce système central, sont présents aux cliniques les ordinateurs suivants:

- un WANG supporte l'informatisation du laboratoire de biologie clinique;
- un réseau reliant deux stations de travail SUN et plusieurs PC en médecine nucléaire;
- un OLIVETTI en radiologie;
- un BULL au bloc opératoire;
- un réseau de stations HP dans l'unité de soins intensifs;
- deux SIEMENS MX200 en ORL.

Seul le système informatique du laboratoire de biologie clinique est relié au système central pour la transmission des données de la facturation. En raison de problèmes de compatibilité, cette liaison entre le C40 et le WANG du laboratoire doit se faire par l'intermédiaire d'un PC. Ce problème n'est qu'un avant-goût de ceux, nombreux, qui se poseraient en cas de liaison des différents systèmes hétérogènes qui se trouvent aux cliniques.

Les ordinateurs et les fichiers se trouvent dans le service informatique et dans les différents services médicaux informatisés.

Donc, aux points de vue technologique comme organisationnel, l'ensemble de l'hôpital présente une configuration informatique fortement décentralisée avec fichiers décentralisés¹¹. A l'inverse, si on se limite à l'activité administrative et logistique des cliniques, on observe une configuration centralisée.

Il faut remarquer ici l'indépendance des systèmes informatiques des services médicaux vis-à-vis du système central. Alors qu'à Lobbes on assistait à une informatique décentralisée, à Mont-Godinne, elle peut être qualifiée de totalement éclatée. Cet éclatement peut s'expliquer par l'indépendance plus forte des médecins universitaires des cliniques.

¹¹ Lasfargue Y., Vivre l'informatique, op. cit., p. 158.

2.2.2. La micro-informatique

On trouve, répartis à travers l'hôpital, tant dans les services administratifs que médicaux, entre 50 et 100 PC, "Tous les secrétariats et pratiquement tous les médecins en ont un".

Les PC sont utilisés avec des traitements de texte et des tableurs dans les secrétariats. Les médecins réalisent - ou achètent - sur leur PC de petits développements qui vont du pilotage d'appareils médicaux au traitement statistique de données. Nombre de ces développements sont directement liés au caractère universitaire de l'hôpital.

Il existe des standards en matière de micro-informatique tant au niveau matériel que logiciel. Ainsi, le choix d'un traitement de texte n'est pas laissé aux utilisateurs qui devront utiliser WORD5. Le standard matériel est le PC IBM compatible, un seul service a été autorisé à acquérir un MACINTOSH, pour des raisons de compatibilité avec l'hôpital St Luc de Woluwé.

Normalement, l'achat d'un PC suppose le dépôt d'une demande auprès du groupe de travail informatique (dont nous parlerons plus loin). Toutefois, les médecins, devant un refus, peuvent acheter le PC sur leurs frais scientifiques. Il n'y a alors plus de contrôle possible et on peut donc parler ici de micro-informatique parallèle.

On voit donc qu'il existe, de la part du service informatique, un désir de contrôler la micro-informatique mais que, grâce à leur large indépendance, les médecins peuvent passer outre.

2.2.3. Informatique parallèle ou informatique isolée ?

De nombreux service médicaux des cliniques possèdent un système informatique. Toutefois, comme la plupart de ces systèmes sont voués à l'informatisation de traitements limités au service concerné (par exemple l'automatisation du laboratoire de biologie clinique, le monitoring des lits de l'unité de soins intensifs, la gestion des protocoles d'anesthésie au bloc opératoire,...), on ne peut pas parler d'informatique parallèle.

La seule exception à cette règle - absence d'informatique parallèle - est le service d'ORL où le médecin chef de service a imposé l'informatisation du service avec notamment une gestion des rendez-vous.

Si, pour la quasi totalité de ces systèmes informatiques, on ne peut vraiment parler d'informatique parallèle, il faut toutefois noter que l'isolement de la plupart de ces services par rapport au service

informatique est presque total. Ainsi, les membres du service informatique, pourtant présents aux cliniques depuis 1986, avouaient ne jamais avoir vu certains de ces systèmes informatiques.

Il est à noter que l'isolement des systèmes informatiques de certains services médicaux, dont découle le manque d'information du service informatique sur les applications tournant sur ces systèmes, présente un risque potentiel de développement d'une informatique parallèle.

On voit distinctement au niveau de la configuration informatique la double influence qui s'exerce sur l'hôpital et donc sur son informatique.

Ici, comme au chapitre précédent, les mutualités chrétiennes ont joué un rôle primordial au niveau du choix de MEDSOC et de la centralisation de l'informatique administrative.

L'influence de l'UCL se marque quant à elle au niveau de l'achat de certains systèmes informatiques qui sont choisis par les médecins pour des raisons de compatibilité avec l'informatique de l'hôpital St Luc de Woluwé. Les activités de recherche, que suppose le statut universitaire de l'hôpital, expliquent la dispersion de la micro-informatique au niveau des médecins.

La diversité des constructeurs présents à l'hôpital est le résultat de la complexité des activités opérationnelles qui sont informatisées, qui fait qu'un système est choisi parce qu'il est livré avec l'application qui répond aux besoins des médecins. "Le médecin est le mieux placé pour savoir si une application est bonne, il prend le matériel qu'on lui propose avec".¹²

A Lobbes, de l'influence écrasante des mutualités chrétiennes, il résultait une configuration certes décentralisée mais où les services médicaux informatisés avaient des relations suivies avec le service informatique. A Mont-Godinne, l'UCL faisant contre-poids aux mutualités chrétiennes, la configuration informatique se retrouve décentralisée, voir éclatée.

¹² propos exposés par plusieurs personnes à l'hôpital.

3. Les applications

3.1. Une informatique opérationnelle

Une fois de plus, la majorité des applications informatiques prennent en charge le traitement automatique des données administratives.

A l'époque, le système central UNIVAC était utilisé pour la paie, la comptabilité et la gestion des stocks nursing, ces applications ayant été réalisées avec une société de services. A ce moment-là, les données destinées à la facturation étaient envoyées par modem à l'Alliance des Mutualités Chrétiennes qui réalisait elle-même la facturation.

Depuis 1985, date à laquelle l'hôpital décida de travailler en collaboration avec l'Alliance, les applications présentes sur le système central, qui permettent de réaliser les traitements administratifs les plus importants, ont été développées par MEDSOC. Il s'agit des applications suivantes :

- La gestion de la paie a été réalisée en collaboration étroite avec le service du personnel de l'hôpital.
- La comptabilité est gérée par un ensemble de programmes permettant de tenir une comptabilité générale et analytique, de gérer les fournisseurs,...
- La tarification/facturation
- La gestion de la pharmacie est réalisée à l'aide d'une partie seulement des programmes de gestion de pharmacie développés à l'Alliance, les autres n'étant pas utiles à l'hôpital. D'autres programmes complémentaires ont été développés par le service informatique.
- L'administration est gérée à l'aide d'un ensemble de programmes permettant la gestion administrative des patients, la gestion des prestations, la gestion des lits,...

Quelques remarques sont à faire concernant ces applications réalisées par MEDSOC.

Nos interlocuteurs soulignent la lourdeur des procédures à suivre et l'importance des délais lorsqu'une demande est adressée à MEDSOC, situation rencontrée également dans l'étude de cas précédente. Il nous est également apparu qu'il existe un manque d'initiative de la part de MEDSOC. Ainsi, suite à une réforme fiscale, le responsable du personnel de la clinique a lui-même dû prévenir MEDSOC, pour que celui-ci mette à jour le programme de gestion de la paie.

Nous pourrions interpréter les plaintes, exprimées par les utilisateurs, comme un signe de la revendication d'une plus grande

autonomie par rapport à cette influence extérieure et, plus précisément, par rapport à cette informatique "imposée".

Une autre remarque porte sur les relations privilégiées que l'hôpital entretient avec MEDSOC. Selon l'avis des programmeurs, les cliniques occupent une place à part dans MEDSOC, principalement en raison du fait que l'hôpital a servi de site de test à de nombreux programmes, ce qui a donné lieu à une meilleure communication avec l'Alliance.

Les autres applications tournant sur le système central ont été mises au point à l'hôpital. Voici le relevé de ces applications :

- la gestion des stocks
- la gestion des immobilisés
- la gestion du central téléphonique
- la gestion des archives, qui permet de savoir où se trouvent les dossiers des patients
- la gestion du RCM et du RIM
- la gestion de la lecture optique qui permet d'éviter les encodages successifs des données administratives des patients (lors des demandes d'examens, des commandes de médicaments,...) et qui permet également une facturation plus rapide.

La structure des applications décrites ci-dessus est mixte intégrée, les applications développées par l'Alliance étant intégrées, les autres étant juxtaposées.

Nous avons ainsi présenté la plupart des applications utilisées à l'hôpital. En plus de celles-ci, on trouve encore un certain nombre d'applications dédiées au traitement des données médicales. Ces applications tournent sur des systèmes décentralisés situés dans divers services médicaux, tels que le laboratoire, la radiologie, la médecine nucléaire, le bloc opératoire,...

En observant le portefeuille d'applications dans son ensemble, nous constatons, une fois de plus, qu'il est essentiellement composé d'applications ayant pour but la réalisation de tâches opérationnelles et répétitives. Ceci nous amène donc à conclure que les cliniques se situent dans la phase opérationnelle du modèle de Nolan.

Nous pouvons remarquer que, contrairement à la situation rencontrée à l'hôpital St Joseph de Lobbes, cette informatique opérationnelle semble mieux adapté aux spécificités de la clinique. Ceci peut s'expliquer par le fait que, la clinique ayant été l'hôpital pilote pour l'élaboration des tests de nombreux programmes, elle a pu mettre en évidence les carences et le manque de spécificité éventuels, avant que ces programmes ne soient effectivement implantés. Une autre interprétation possible consisterait à

dire que, en raison du caractère universitaire et de la taille importante de l'hôpital, celui-ci bénéficie d'un meilleur service de la part de MEDSOC.

Pour le moment, il n'y a pas de développement d'applications prévu à court terme sur le système central, notamment en raison de la saturation du temps de travail des programmeurs. Ce problème de saturation du temps de travail est précisé lors de l'analyse des ressources humaines.

Au niveau de la gestion des données médicales aucun projet concret n'est envisagé pour l'instant. Toutefois, la commission d'informatique médicale (dont nous parlerons plus loin) réfléchit au problème d'une informatisation globale de la clinique et diverses attentes¹³ ont été formulées par nos interlocuteurs.

3.2. La carte fonctionnelle de l'informatique

Schématisons à présent, sur base du portefeuille d'applications présent à l'hôpital, les flux d'information qui sont supportés par l'informatique (figure 5.3).

La figure met bien en évidence que les flux d'information automatisés portent exclusivement sur le traitement de données administratives, qui sont presque totalement informatisées.

Nous remarquerons également que, à l'exception du laboratoire de biologie clinique, les systèmes informatiques des services médicaux n'ont aucune relation avec le système central.

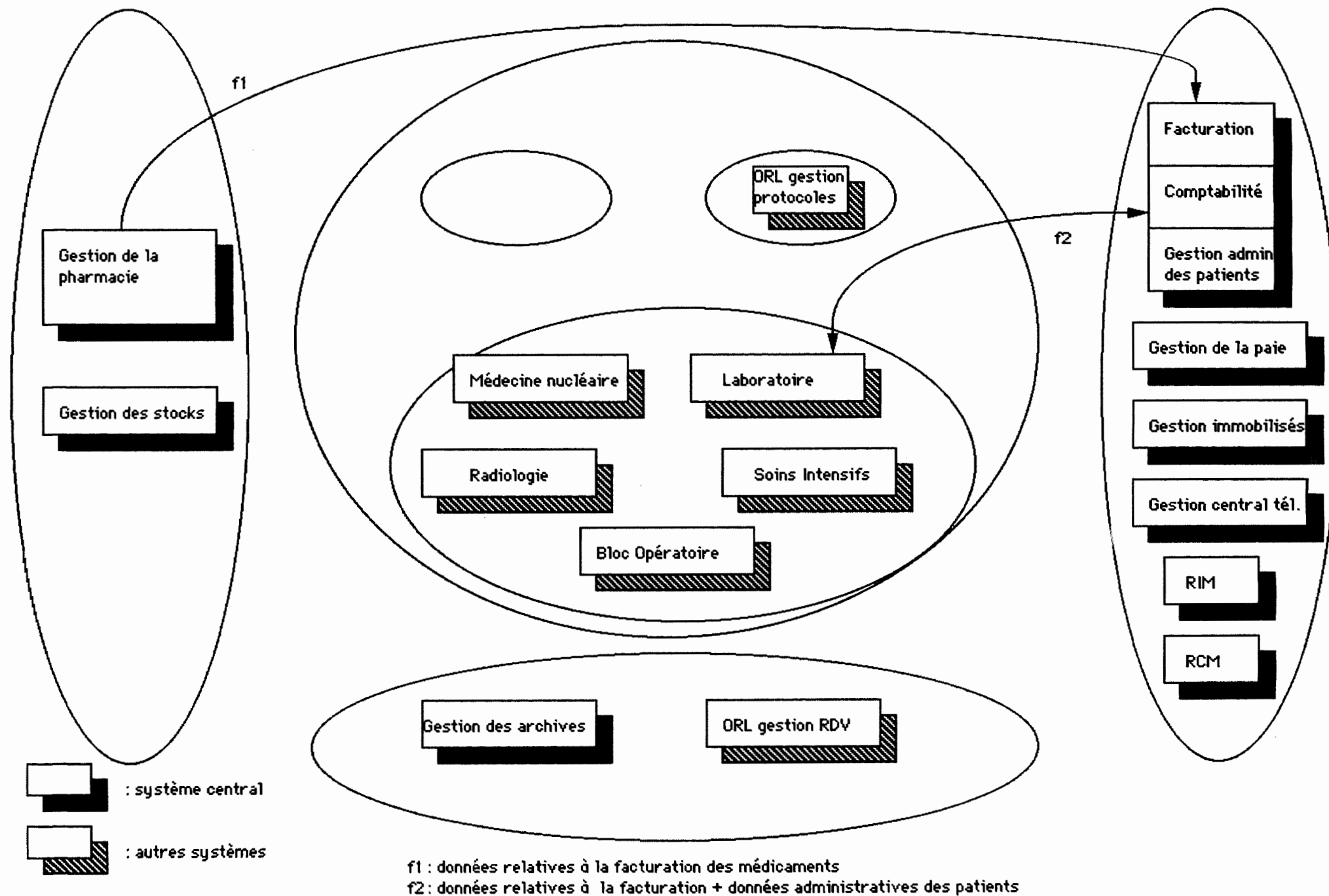
3.3. Les attentes vis-à-vis de l'informatique

Nous allons ici synthétiser les demandes de nos interlocuteurs sur le schéma de l'hôpital vu comme un ensemble de systèmes d'information. Les traitements des données administratives étant pratiquement tous informatisés (voir le point précédent), il est normal que les demandes portent au niveau des traitements à caractère médical.

Il y a d'abord des demandes du corps médical similaires à celles exprimées à Ste Elisabeth. Elles concernent l'accélération de la transmission des résultats des examens médico-techniques (système d'information *support médico-technique*).

13 Les attentes des utilisateurs sont précisées au paragraphe 3.3.

Figure 5.3.: la carte fonctionnelle de l'informatique.



Il y a ensuite des demandes, émanant aussi bien du personnel administratif que de membres du corps médical, qui concernent la meilleure gestion que procurerait l'informatisation de certains traitements comme la gestion des lits ou la gestion des rendez-vous (système d'information *gestion hospitalière*).

Ces deux types de demandes sont représentés sur la figure 5.4.

Il est intéressant de remarquer que ces demandes, si elles étaient réalisées, permettraient, par une meilleure coordination de l'activité médicale, une diminution sensible de la durée d'hospitalisation des patients, objectif prioritaire des hôpitaux actuellement.

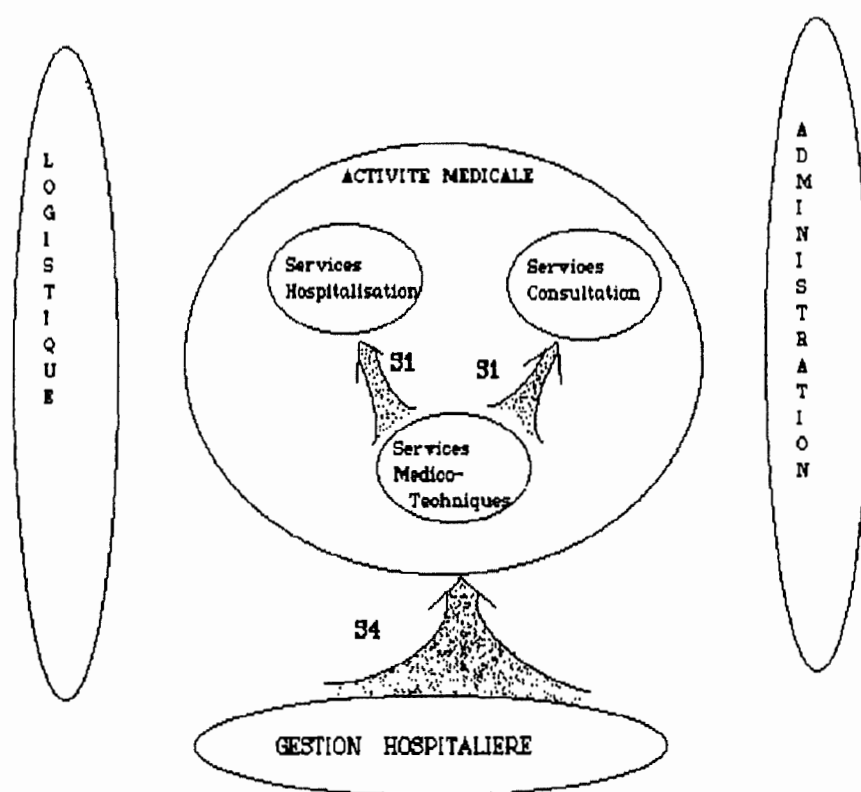


Figure 5.4: attentes vis-à-vis de l'informatique

4. La structure

4.1. La position du département informatique

Au début de l'informatique à l'hôpital, les traitements informatiques, qui consistaient principalement en l'automatisation de tâches administratives, furent placés sous la supervision du responsable des services financiers.

En 1985-86, en raison du volume de travail trop important que représentait cette supervision, le responsable des services financiers a demandé à être déchargé de cette tâche et le service informatique, étoffé d'un responsable informatique et de deux programmeurs, a été placé en dépendance directe de la direction.

Depuis le départ du responsable informatique, le service dépend toujours de la direction, mais par l'intermédiaire d'un groupe de travail informatique dont nous parlerons plus loin.

4.2. Les applications de MEDSOC, la même structure lourde qu'à Lobbes

Pour les applications développées par MEDSOC, les procédures d'adressage des demandes et de définition des priorités sont les mêmes que celles expliquées au chapitre 4 et présentent donc la même lourdeur. Cependant, pour certaines applications testées par MEDSOC à la clinique, cette procédure est assouplie.

Les mêmes causes entraînant les mêmes effets, on retrouve aux cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, comme à l'hôpital St Joseph, des réclamations concernant les délais trop importants, l'absence de formation et de documentation des applications de l'Alliance.

Le partage du territoire entre MEDSOC et l'informatique locale se passe de la même façon qu'à Lobbes. Dans un premier temps, les développements de MEDSOC sont décidés et c'est sur cette base que l'on détermine des activités du service informatique.

4.3. L'informatique locale

4.3.1. Les structures décisionnelles

Il existe deux comités qui jouent, ou joueront, un rôle dans l'informatisation de la clinique: le groupe de travail informatique et la commission d'informatique médicale.

Le groupe de travail informatique

Le groupe de travail informatique fait partie des nombreux comités permanents présents à l'hôpital dont nous avons parlé dans la section précédente.

Il est composé du directeur médical adjoint, des deux programmeurs, du responsable des services financiers, du responsable des services généraux et de la personne s'occupant de l'informatique du service de médecine nucléaire.

Lors du départ de la responsable informatique, ce groupe, qui se réunit hebdomadairement, a repris à sa charge la gestion journalière du service informatique. Ceci a permis de mieux contrôler la fonction informatique de l'hôpital: "Le groupe de travail a permis de savoir ce qui se passait effectivement dans le service informatique. Avant, on ne recevait que des informations contradictoires".

Des procès-verbaux répercutent vers la direction le contenu des débats du groupe de travail.

Les décisions du groupe de travail informatique, qui concernent les priorités de développement, les dépenses informatiques, les choix de matériel et de logiciel... , doivent être entérinées par la direction.

La commission d'informatique médicale

Cette commission est composée de "médecins motivés par l'informatique"¹⁴ et est dirigée par le directeur médical adjoint, qui peut ainsi faire le lien avec le groupe de travail informatique. Il faut remarquer que, signe supplémentaire de la scission entre administration et médical, aucun membre du service informatique n'est présent dans cette commission.

La composition de cette commission semble contradictoire par rapport à son objectif qui est de débattre d'une informatisation globale de la clinique. Le fait que cette commission soit récente ne nous permet pas de voir quelles seront ses implications pour le futur. "Jusqu'à présent, il n'y a eu qu'une seule réunion formelle. On réfléchit un peu tous azimuts, on regarde ce qui existe sur le marché."¹⁵

Probablement en raison de sa jeunesse, les statuts, ou même l'existence, de la commission d'informatique médicale sont perçus de manière très floue par le corps médical.

14 Propos tenus par le directeur médical adjoint.

15 Propos tenus par le directeur médical adjoint.

4.3.2. Les relations avec les utilisateurs

Une initiative unanimement appréciée des utilisateurs est l'organisation, par le groupe de travail, de cours à l'intention des utilisateurs de PC. Des cours de DOS et de WORD5 ont pour le moment été organisés.

Ces cours ont fait quelque peu diminuer le nombre des demandes de dépannage ou d'aide qui arrivent au service informatique et qui paralysent presque complètement tout autre travail.

Outre la diminution des demandes d'assistance, ces cours permettent au service informatique d'établir le contact avec les médecins, pour lesquels des cours sont organisés en dehors des heures de travail. Ceci devrait faciliter les relations entre le corps médical et le service informatique, qui pourrait alors, peut-être, jouer un certain rôle dans l'informatisation des services médicaux.

Si du côté du corps médical on observe quelques réticences que le service informatique s'emploie à vaincre, quelle est la position de l'administration vis-à-vis de l'informatique ?

Le mot qualifiant le mieux l'attitude du directeur administratif vis-à-vis de l'informatique est la prudence.

Prudence devant la situation actuelle où toute une série de systèmes hétéroclites dont les capacités, pour le directeur administratif, ne sont pas à la hauteur des espoirs que l'on pouvait avoir au vu des investissements consentis.

Prudence suite aux problèmes rencontrés dans le passé, quand personne en dehors du service informatique ne savait quelles étaient ses activités.

Cette attitude du directeur administratif fait que, à l'hôpital, on se limite le plus possible à informatiser juste assez pour que les obligations légales soient satisfaites. Tout autre développement et les augmentations de moyens nécessaires à sa réalisation sont très lents à obtenir.

Ainsi, le service informatique se trouve coincé entre une direction administrative qu'il doit essayer de convaincre de son utilité et un corps médical qu'il doit essayer de séduire.

C'est notamment dans le but de débloquer cette situation que les membres du groupe de travail informatique cherchent à s'appuyer sur des avis extérieurs à l'hôpital confortant leurs propres analyses en ce qui concerne l'insuffisance des moyens du service informatique et les avantages que l'informatique pourrait apporter aux cliniques.

5. Les ressources

5.1. Les ressources financières

Le service informatique dispose d'un budget annuel de 2 millions BEF, utilisé pour l'achat de PC, de logiciel,... Ce budget ne prend pas en compte les frais de personnel, de maintenance et d'amortissements, ni les frais liés aux gros investissements.

Rappelons ici que le financement d'une informatisation globale de la clinique pourra être réalisée plus facilement car, les médecins ayant un statut de salarié, la clinique ne doit pas obtenir leur approbation lors d'un financement, puisque celui-ci n'est pas prélevé sur une partie de leurs honoraires médicaux.

Notons toutefois que, même si d'un point de vue financier la clinique ne doit pas demander le consentement du corps médical, on imagine difficilement qu'un projet d'informatisation médicale soit décidé sans consultation des médecins. Ajoutons à cela que l'avis du corps médical a d'autant plus de poids, qu'il est composé de professeurs et d'autres membres de l'UCL.

Remarquons enfin que, les médecins étant salariés, leurs attitudes face à l'informatique sont moins radicales que celles qu'on observe généralement auprès des médecins indépendants. Comme le souligne le directeur médical adjoint, ces derniers adhèrent souvent à une des positions extrêmes suivantes.

Soit ils pensent que l'informatique peut leur apporter quelque chose et ils poussent alors pour une informatisation à tous crins, car les bénéfices qu'ils espèrent retirer de l'informatique se répercuteraient directement sur leur rémunération.

Soit ils pensent que l'informatique leur est inutile et ils freinent alors au maximum toute informatisation, car c'est eux qui devraient financer un investissement qu'ils estiment improductif.

5.2. Les ressources humaines

Actuellement, le service informatique occupe deux programmeurs et une opératrice. Depuis le départ, début 1990, du responsable, le service se trouve dans une situation de transition et est dirigé provisoirement par le groupe de travail informatique.

Il est à noter que le travail du service informatique est composé, pour sa plus grande partie, de maintenance de programmes et d'aide aux utilisateurs. Pour le moment, les programmeurs ne développent que de petites applications sur PC. Il est évident que, pour tout développement

futur de grande ampleur, notamment au niveau de la gestion des données médicales, l'effectif du service informatique, dont le temps de travail est actuellement saturé, devra être augmenté.

Le manque d'effectif du service informatique, ainsi que la saturation de son temps de travail peuvent s'expliquer par l'attitude qu'adopte la direction vis-à-vis de l'informatique. Comme nous l'avons vu précédemment, les directeurs éprouvent, pour diverses raisons, une certaine prudence à l'égard d'une informatisation globale de l'hôpital et préfèrent, pour le moment, limiter l'informatique aux traitements administratifs qui permettent de répondre aux obligations légales.

C'est pour cette raison que la direction ne ressent pas le besoin d'augmenter l'équipe du service informatique, qui est actuellement surchargé par les nombreuses demandes émises par les utilisateurs.

Rappelons ici que le service informatique se trouve coincé entre deux forces. D'un côté, il est confronté à l'attitude prudente adoptée par la direction. D'un autre côté, il dépend de la position que prend le corps médical, car celui-ci devra être convaincu du bien fondé de tout projet d'informatisation. Il apparaît ici que l'accroissement des ressources humaines du service informatique dépendra de la manière dont il pourra séduire les uns comme les autres.

Une fois que les différentes parties seront persuadées de l'intérêt qu'apportera une informatisation globale de l'hôpital, que le service informatique aura quitté sa phase de transition, que les structures décisionnelles en matière informatique auront acquis plus de solidité et que des objectifs communs, concernant une informatisation globale, auront été formulés, nous pouvons raisonnablement penser que l'effectif du service informatique sera adapté aux besoins.

6. Conclusion

Aux cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, comme à Lobbes, l'influence des mutualités chrétiennes se marque au niveau de l'informatique. Ici aussi, l'illustration la plus flagrante en est la collaboration de l'hôpital avec MEDSOC pour ses principales applications.

Où l'on diverge, c'est au niveau de l'attitude du corps médical. En effet, les médecins dépendant, comme le nom de l'hôpital l'indique, de l'UCL, regagnent l'indépendance qu'ils avaient perdue à Lobbes face à l'influence exclusive des mutualités chrétiennes. Le statut universitaire des médecins implique aussi qu'ils laissent une place prépondérante à l'enseignement et à la recherche médicale dans leurs activités.

Cette indépendance des médecins se traduit par l'existence d'une informatique parallèle, par l'isolement des systèmes informatiques présents dans les services médicaux et par le caractère désordonné de l'informatisation des cliniques.

L'activité scientifique à l'hôpital explique la dispersion, comparativement importante, de la micro-informatique à l'hôpital.

La présence importante de la micro-informatique influence évidemment le service informatique par la saturation du temps de travail que causent les demandes d'assistance et par l'organisation de cours qui visent à diminuer le nombre de ces demandes.

On voit clairement que la scission importante entre l'influence des mutualités chrétiennes et celle de l'UCL, que nous avons observée dans l'organisation, se retrouve également au niveau de l'informatique.

Le service informatique, coincé entre une direction administrative quelque peu réticente et un corps médical distant, sera amené, dans le futur, à jouer un rôle dans le développement d'une informatique médicale aux cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne. Pour en arriver là, le service informatique devra résoudre les problèmes de saturation de son temps de travail et de manque de structuration. Il devra avant cela établir des relations avec le corps médical et convaincre la direction des avantages que l'informatique peut apporter.

Conclusion

Nous allons dans cette conclusion procéder en trois étapes.

Dans un premier temps, nous allons résumer, par un tableau reprenant quelques points de nos analyses, les situations rencontrées dans les trois hôpitaux visités lors de nos stages.

Ensuite, nous relèverons les ressemblances entre les trois cas exposés, et nous expliquerons par des facteurs organisationnels, identifiés lors des études de cas, les conditions générales du développement de l'informatique dans tout hôpital.

Enfin, nous examinerons, cette fois, les dissemblances entre les trois hôpitaux étudiés, et, à nouveau, nous tenterons d'expliquer ces différences par des contingences organisationnelles propres à chaque institution hospitalière visitée et mises en évidence tout au long des chapitres 3,4 et 5.

Nous sommes conscients que les conclusions que nous pourrions tirer seront limitées.

Une première limite résulte directement de la complexité du monde hospitalier, sur laquelle nous avons insisté à plusieurs reprises. Des stages d'une durée variant de deux semaines à un mois nous semblent en effet relativement courts pour comprendre le véritable noeud gordien que sont, entre autres, les relations de pouvoir au sein d'un hôpital.

Nous pensons qu'une deuxième faiblesse réside dans le nombre d'études de cas, fort réduit, qui a servi de base à notre analyse. Ce nombre limité d'études de cas, ainsi que leur biais (trois hôpitaux privés, tous situés en Wallonie), nous obligeront à nous défier de toute généralisation hâtive.

1. Comparaison des trois études de cas

Nous allons dans ce paragraphe procéder à une comparaison entre les trois hôpitaux étudiés.

Une première partie de cette comparaison consistera en un bref rappel des traits saillants caractérisant l'organisation des différents hôpitaux.

Une deuxième partie, consacrée à l'informatique, se basera principalement sur les variables du modèle de Leavitt, à savoir la technologie, les applications, la structure et les ressources. Pour chacune de ces variables, nous soulignerons les points de comparaison fondamentaux. Nous terminerons en nous interrogeant sur le devenir de la fonction informatique dans chacun des trois hôpitaux.

Clinique et maternité Ste Elisabeth

La clinique et maternité Ste Elisabeth est un hôpital que le récent directeur général s'attache à réorganiser. En effet, l'organisation administrative de la clinique est entachée de (mauvaises) habitudes acquises durant des années d'immobilisme où tout changement n'était fait qu'imposé.

Face à cette administration, on trouve des médecins dont la forte indépendance se manifeste par le fait que, même entre eux, un consensus est difficile à établir.

Ces deux problèmes ont un effet certain sur la gestion de l'hôpital. Ainsi, on observe, tant au niveau administratif que médical, une relative désorganisation qui se traduit, notamment, par un manque de standardisation et des difficultés de communication.

Le choix du constructeur s'est fait sur base de critères objectifs (réponse aux besoins, fiabilité du constructeur,...).

Hôpital St Joseph

L'organisation

A l'hôpital St Joseph, nous sommes en présence, surtout au niveau administratif, d'une organisation beaucoup plus structurée, résultat de l'importante influence qu'exercent sur l'organisation les mutualités chrétiennes. Cette influence semble réduire partiellement les velléités d'indépendance des médecins, qui se plient plus facilement à des standards, et collaborent plus volontiers à la gestion administrative de l'hôpital.

La technologie : le choix du constructeur

Les mutualités chrétiennes ont, par l'obligation qui lui a été faite d'adhérer à MEDSOC, imposé le constructeur à l'hôpital. Les deux services médico-techniques informatisés (laboratoire et radiologie) utilisent un matériel compatible.

Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

Comme à Lobbes, nous nous trouvons en présence d'une organisation subissant l'influence des mutualités chrétiennes.

Face à cette administration bien structurée, nous trouvons des médecins qui, malgré l'influence des mutualités chrétiennes et le fait qu'ils soient salariés, disposent d'une grande indépendance, en raison du soutien de l'UCL et de leur statut de professeur d'université.

On observe une importante spécialisation de l'activité médicale, qui rend nécessaire une forte coordination entre médecins.

Le constructeur a également été imposé par les mutualités chrétiennes. Les services médicaux utilisent, quant à eux, un matériel hétérogène.

Clinique et maternité Ste Elisabeth

Hôpital St Joseph

Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

La technologie : la configuration informatique

L'informatique est décentralisée au niveau de l'hôpital, mais on observe une forte centralisation de l'informatique administrative (voir figure 6.1). Les unités de soins ne disposent pas de terminaux.

Il n'y a pas d'informatique parallèle et l'utilisation de la micro-informatique est extrêmement faible.

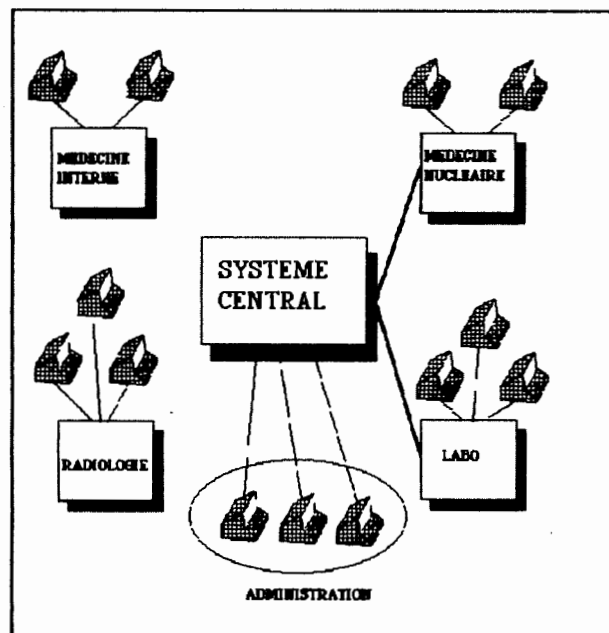


Figure 6.1 : La configuration informatique de Ste Elisabeth

A l'hôpital St Joseph, nous trouvons une configuration informatique répartie avec une forte centralisation au niveau de l'administration (voir figure 6.2). Des terminaux du système central sont présents dans les unités de soins.

L'informatique parallèle est inexistante et la micro-informatique est utilisée sous le contrôle du département informatique.

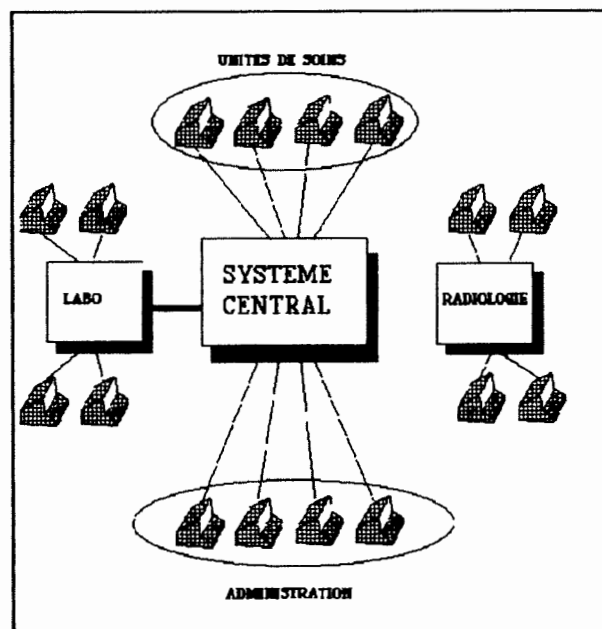


Figure 6.2 : la configuration informatique de St Joseph

On observe, ici aussi, une forte centralisation de l'informatique administrative, alors que si on observe l'entière de l'hôpital, elle est décentralisée, voir littéralement éclatée (voir figure 6.3). Comme à Ste Elisabeth, les unités de soins ne disposent pas de terminaux.

Il existe un début d'informatique parallèle, et la micro-informatique, répandue dans tout l'hôpital, est difficilement contrôlée par le service informatique.

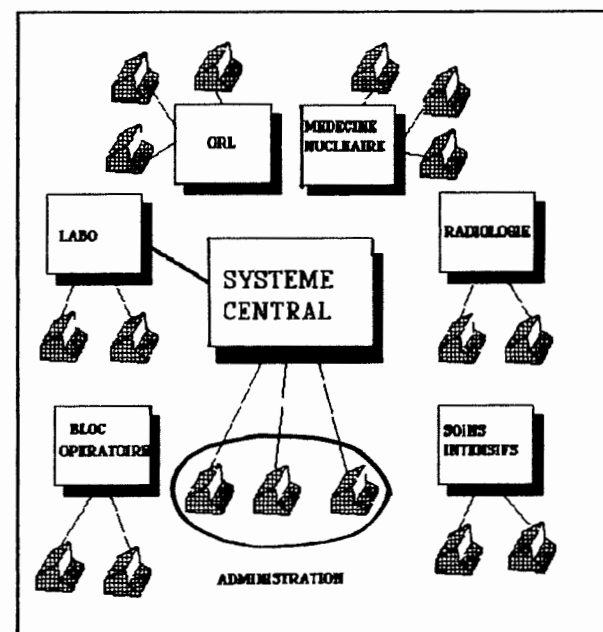


Figure 6.3 : La configuration informatique de Mont-Godinne

**Clinique et maternité
Ste Elisabeth**

Les applications principales présentes à l'hôpital sont de type administratif. En plus, on trouve la très classique automatisation du laboratoire et une liaison, entre ce dernier et l'administration, pour la transmission des données de la facturation (voir figure 6.4).

Cette informatique, que l'on peut qualifier d'opérationnelle, va s'étoffer petit à petit, au rythme de l'amélioration de la gestion de l'hôpital, d'applications de gestion, notamment à caractère médical.

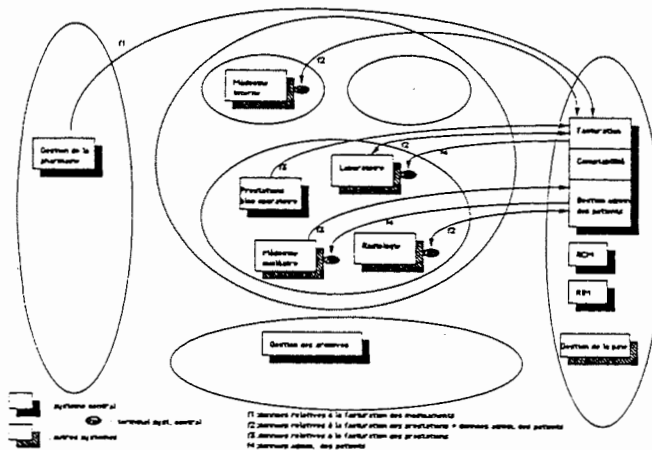


Figure 6.4 : la carte fonctionnelle de l'informatique de Ste Elisabeth

Hôpital St Joseph

Les applications

Les traitements administratifs, presque totalement informatisés par MEDSOC, sont loin d'être parfaits. A leur côté, on trouve des applications développées sur site, telles que le contrôle budgétaire. L'application du laboratoire est reliée au système central (voir figure 6.5).

Une particularité de l'hôpital est de disposer d'une application de *support médico-technique* qui permet la consultation des résultats du laboratoire à partir des terminaux présents dans les unités de soins. Ces terminaux servent aussi à l'encodage des prestations et permettent l'accès aux données administratives des patients.

L'informatique, bien que toujours opérationnelle, est plus avancée que dans l'hôpital précédent.

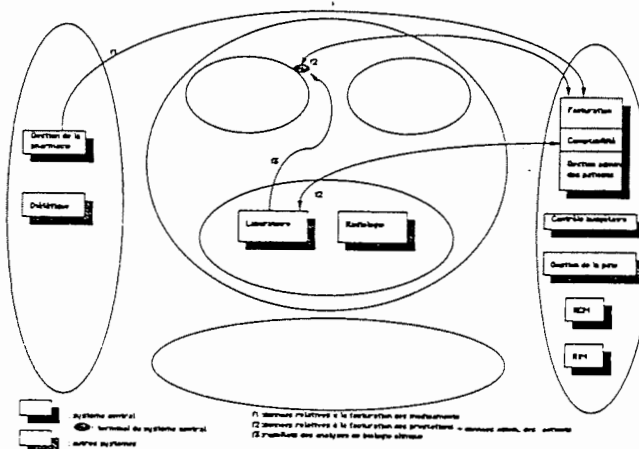


Figure 6.5 : la carte fonctionnelle de l'informatique de St Joseph

**Cliniques universitaires UCL
de Mont-Godinne**

Les traitements des données administratives sont totalement informatisés, soit par MEDSOC, soit sur site.

De nombreux services médicaux sont informatisés. Le laboratoire transmet ses données de la facturation au système central par une liaison informatique. Par contre, les autres services médicaux n'ont aucune relation avec le système central.

Aucun projet n'est prévu pour venir compléter ce portefeuille d'applications opérationnelles.

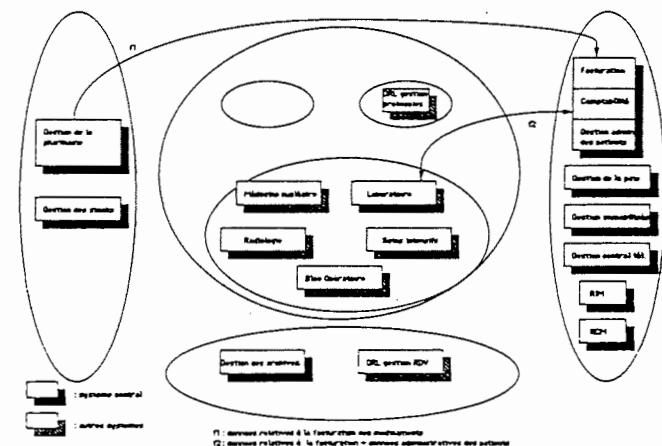


Figure 6.6 : la carte fonctionnelle de l'informatique de Mont-Godinne

Clinique et maternité Ste Elisabeth

Il n'existe pas à la clinique et maternité Ste Elisabeth de structure formalisée pour l'informatique. Jusqu'à présent, on n'est pas parvenu à intégrer les médecins dans le processus de décision.

Le service informatique se caractérise par la haute qualification de son responsable.

Toute dépense, financée par les médecins, doit être approuvée par eux.

Le service informatique devra jouer un rôle dans la rationalisation de la gestion administrative de l'hôpital. Il devra également chercher des appuis dans le corps médical en vue d'une extension de ses activités vers le domaine médical.

Hôpital St Joseph

La structure

Ici, au contraire, il existe des procédures bien définies auxquelles prennent part des représentants du personnel administratif et du corps médical. Il existe des processus de décision distincts pour MEDSoc, et qui sont partagés par plusieurs hôpitaux, et d'autres qui sont propres aux développements locaux.

Les ressources

La politique initiale de MEDSoc voulait qu'un seul opérateur soit suffisant dans chaque hôpital. Malgré la nécessité de réaliser des développements locaux, on retrouve toujours l'empreinte de cette politique dans l'effectif relativement faible du service informatique. Ici aussi, les médecins doivent approuver les dépenses.

Le devenir

La forte concentration du pouvoir au niveau de l'administration a permis la mise en place de structures informatiques bien définies. Grâce à celles-ci, le service informatique devrait pouvoir poursuivre l'informatisation des données médicales, et ainsi, progresser sur une des voies menant à un Hospital Information System.

Il devra toutefois surmonter le problème du manque de spécificité des programmes livrés par MEDSoc.

Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

On retrouve ici la même double structure MEDSoc, informatique locale. La structure locale, chapeautée par le directeur médical adjoint, est elle-même divisée entre informatique administrative et informatique médicale. En raison d'un manque de reconnaissance du service informatique à l'intérieur de l'hôpital, cette structure ne fonctionne qu'imparfaitement.

MEDSoc fournissant la majorité des programmes, l'hôpital adopte, vis-à-vis de l'équipe informatique, une attitude minimaliste.

En raison du statut de salarié des médecins, l'hôpital dispose - en principe - de plus de latitude pour engager des dépenses sans l'aval du corps médical. En pratique, ce fait est contrebalancé par le poids que leur statut universitaire donne aux médecins.

Pour effectivement jouer un rôle dans une informatisation globale des cliniques, le service informatique devra relever deux défis. Il devra tout d'abord modifier la vision opérationnelle qu'a la direction de l'informatique. Il devra également «séduire» le corps médical en vue d'obtenir son concours à la mise en place d'une informatique plus intégrée.

Après ce bref rappel des différentes situations rencontrées dans les trois hôpitaux étudiés, nous allons, dans le paragraphe suivant, relever les facteurs organisationnels, influençant l'informatisation des hôpitaux, qui ont été mis en évidence dans les chapitres 3, 4 et 5.

2. Les facteurs organisationnels influençant l'informatisation des hôpitaux

Les études de cas nous ont convaincus que l'organisation a une influence réelle sur le mode d'informatisation. Nous allons ici, en deux temps, relever les différents facteurs que nous avons identifiés.

Nous allons tout d'abord nous attarder sur les caractéristiques organisationnelles inhérentes à toute institution hospitalière, et qui en influencent le mode d'informatisation.

Dans un second temps, nous identifierons des facteurs pouvant varier d'un hôpital à l'autre, et les illustrerons, pour chacun des hôpitaux étudiés, en nous appuyant sur le tableau comparatif présenté au paragraphe précédent.

Bien sûr, la liste de facteurs explicatifs que nous allons proposer ici ne se veut pas exhaustive. Elle est sans doute fortement liée aux trois hôpitaux que nous avons pu visiter. Toutefois, nous pensons que, dans certaines limites, elle pourrait être appliquée à d'autres organisations hospitalières, et servir de base à des recherches futures sur l'informatisation de ces institutions particulières que sont les hôpitaux.

2.1. Les facteurs organisationnels généraux

Parmi les facteurs d'influence que nous avons mis en évidence dans les trois hôpitaux visités et qui semblent à notre avis conditionner le développement informatique de toute organisation hospitalière, nous retiendrons les suivants :

- le rôle d'un acteur externe influent, à savoir l'Etat,
- la distribution du pouvoir à l'intérieur de l'hôpital,
- la bureaucratie mécaniste qui caractérise la structure administrative de l'hôpital,
- la bureaucratie professionnelle qui caractérise la structure médicale de l'hôpital.

2.1.1. Le rôle de l'Etat

Nous avons vu à plusieurs reprises que l'Etat influence le fonctionnement des institutions hospitalières par une pléthore de lois et de réglementations qui régissent de nombreux aspects de la vie d'un hôpital.

Pour beaucoup d'hôpitaux, l'histoire de leur informatisation a commencé dans la première moitié des années '80, lorsque la législation leur a imposé d'établir, sur support magnétique, une facturation centralisée pour les patients hospitalisés. Par après, d'autres lois ont imposé la transmission, sur bandes magnétiques, des données du RIM et du RCM, par exemple. De ces obligations légales, il résulte que le portefeuille d'applications se compose d'un noyau, commun à tous les hôpitaux, qui permet de réaliser la tarification, la facturation, la tenue de la comptabilité, l'encodage du RIM et du RCM.

Bien que ces obligations soient communes à tous les hôpitaux, les applications les supportant revêtent des caractères propres à chaque institution.

2.2.2. La distribution du pouvoir dans l'hôpital

Dès le premier chapitre est apparu le double système d'autorité qui caractérise tout hôpital. Les trois études de cas nous ont permis d'illustrer cette double hiérarchie où le pouvoir est partagé entre le corps médical et l'administration de l'hôpital.

Essayons de voir comment l'organisation de ces deux grandes parties de l'hôpital détermine son mode d'informatisation.

A. La bureaucratie mécaniste correspondant à la structure administrative de l'hôpital

L'activité administrative des hôpitaux se base en grande partie sur la mise en oeuvre de procédures standards. Il s'agit très souvent d'opérations répétitives qui sont hautement formalisées et qui, par conséquent, se prêtent bien à une informatisation. Ceci, outre les obligations légales, explique pourquoi le portefeuille d'applications des hôpitaux est constitué de nombreux traitements à caractère administratif.

Ces applications sont alimentées par des flux d'information provenant majoritairement de l'activité médicale de l'hôpital. Or, comme nous l'avons vu, l'équipe soignante, dont le rôle premier est d'apporter des soins aux patients, a tendance à négliger quelque peu les tâches administratives qui lui incombent.

On voit donc que le bon fonctionnement des procédures de l'administration dépend des informations transmises par l'équipe soignante, dont - et c'est là où le bât blesse - le but principal diffère de celui de l'administration.

Remarquons enfin que, en raison de la centralisation du pouvoir qui s'opère à l'intérieur des services administratifs, les prises de décision en matière d'informatique administrative sont relativement aisées et donnent lieu à une configuration informatique centralisée à ce niveau.

B. La bureaucratie professionnelle correspondant à la structure médicale de l'hôpital

Le travail médical est principalement caractérisé par sa complexité et sa spécialisation, celles-ci offrant aux médecins une autonomie considérable, notamment dans la réalisation de leurs tâches médicales.

Cette indépendance leur permet également d'éluder les standards que l'administration tente de lui imposer quant à la transmission d'informations nécessaires à la gestion administrative de l'hôpital. Pour l'administration, il résulte de ceci des problèmes de complétude des formulaires, de délais, de conformité des codes employés...

Lors de l'informatisation d'un service médical, c'est sur base de leur expertise que les médecins rechercheront un système qui réponde le mieux à leurs besoins. La spécialisation des différents services médicaux fait donc que leur informatisation se réalise, dans la majorité des cas, à l'aide de systèmes décentralisés.

Plus généralement, nous pouvons dire que la distribution du pouvoir s'effectue à l'intérieur de l'hôpital de manière centrifuge.

Cette dispersion de l'autorité a des répercussions sur le mode d'informatisation des hôpitaux, tant au niveau opérationnel que décisionnel.

Les médecins jouissant d'une forte autonomie, la manière dont sont gérées les informations (la gestion du dossier médical par exemple) peut varier fortement d'un service médical à l'autre. Tout processus d'informatisation se verra confronté au problème de trouver un dénominateur commun à tous ces traitements hétérogènes et de le faire accepter au corps médical.

Tout processus d'informatisation nécessite un système de décision adéquat. Or, le pouvoir centrifuge qui caractérise le monde hospitalier entrave souvent la mise en place de structures décisionnelles devant permettre une informatisation globale et faisant participer les différents acteurs présents à l'hôpital.

Cette distribution centrifuge du pouvoir peut expliquer les difficultés qu'éprouvent la plupart des hôpitaux à instaurer une informatique hospitalière intégrée, dans l'optique d'un Hospital Information System. Une telle informatique, qui serait centrée sur l'activité médicale et qui aurait comme noyau de base la «donnée patient», permettrait d'intégrer toutes les informations nécessaires à la gestion d'un hôpital.

Mais, actuellement, le traitement de ces données est, dans la plupart des cas, scindé entre les parties administrative et médicale de l'hôpital. Les données traitées dans les services médicaux le sont souvent de manière hétérogène. Par contre, les traitements réalisés par l'administration utilisent des procédures standards, mais leur approvisionnement informationnel, dépendant de l'équipe soignante, n'est pas toujours parfait.

Remarquons enfin que les problèmes d'informatisation, liés à la distribution du pouvoir et inhérents à tout hôpital, seront plus ou moins importants suivant la valeur que prennent les facteurs organisationnels variables dont nous allons parler au point suivant, à savoir le degré d'indépendance des médecins et l'influence de la coalition externe.

2.2. Les facteurs organisationnels variables

L'étude de l'influence de l'organisation sur l'informatisation des hôpitaux visités nous a permis de mettre en évidence deux facteurs primordiaux régulant cette influence. Le premier de ces facteurs est

le degré d'indépendance des médecins hospitaliers. Le second est l'importance du contrôle - nous emploierons également le terme influence - de la coalition externe sur la partie administrative de l'hôpital.

Ces deux variables ne sont pas totalement indépendantes. En effet, au vu des études réalisées, il est clair que l'influence éventuelle de la coalition externe (notamment des mutuelles) sur l'administration hospitalière détermine en partie le degré d'indépendance des médecins. Toutefois, comme cette indépendance est aussi fonction d'autres critères - le statut des médecins et leur éventuelle appartenance à une autre organisation (universitaire) en sont deux exemples -, elle n'est pas entièrement prédéterminée par la seconde variable et conserve donc toute sa pertinence.

Bien entendu ces deux variables ne peuvent être chiffrées.

On ne peut mesurer l'indépendance des médecins d'un hôpital, dire qu'elle est nulle, maximale, ou se trouve à mi-chemin entre ces deux extrêmes. Toutefois, si les différences sont prononcées, nous pouvons procéder à des comparaisons entre hôpitaux. Ainsi, nous pouvons dire que l'indépendance des médecins de St Joseph est moindre que celle des médecins de Ste Elisabeth ou de Mont-Godinne. Par contre, comment dire si les médecins de Mont-Godinne sont plus, aussi ou moins indépendants que ceux de Ste Elisabeth! Quand nous dirons que l'indépendance des médecins est faible, cela signifiera pas qu'elle est presque nulle mais que, comparée à d'autres hôpitaux, elle est relativement faible.

De la même manière, nous pouvons dire que l'influence de la coalition externe sur l'administration de l'hôpital St Joseph et des cliniques de Mont-Godinne est plus importante qu'à la clinique Ste Elisabeth.

La figure 6.7 nous montre la position des trois hôpitaux étudiés face à ces deux variables.

Il est à remarquer que la case représentant la conjonction d'une faible influence externe sur l'administration et d'une relativement faible indépendance des médecins reste vide, faute d'avoir, lors de nos stages, rencontré un hôpital présentant une telle configuration des deux facteurs organisationnels variables. Nous pensons que ceci est le reflet du monde hospitalier, et qu'il ne doit normalement pas exister d'institutions hospitalières où l'indépendance des médecins est faible alors que l'administration ne subit que peu d'influence de la part de la coalition externe. En effet, en raison, notamment, de l'expertise qu'ils détiennent, les médecins disposent a priori d'une forte indépendance qui, faute d'une influence externe sur l'administration, n'est pas affaiblie.

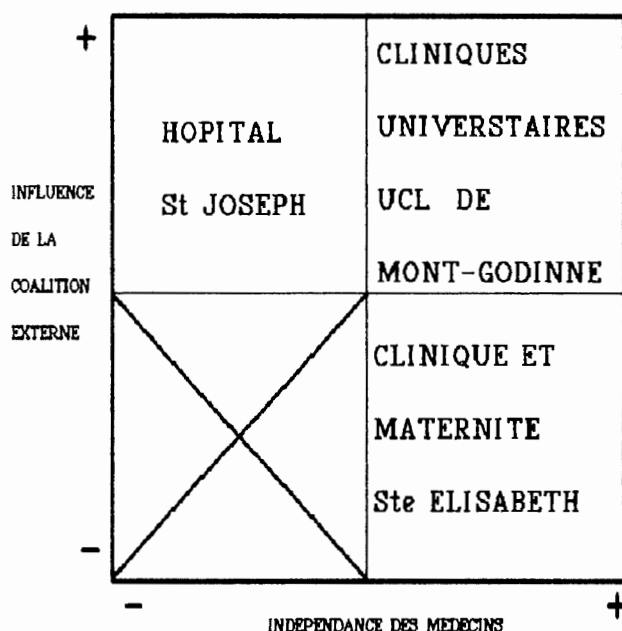


Figure 6.7 : les hôpitaux étudiés face aux deux variables organisationnelles

Nous allons maintenant, pour chacun des hôpitaux étudiés, voir comment ces deux facteurs ont influencé leur mode d'informatisation. Nous resituerons d'abord les hôpitaux face aux deux facteurs organisationnels variables, puis nous illustrerons cette influence grâce aux différents points exposés dans la comparaison des trois hôpitaux (point 1 de cette conclusion).

Clinique et maternité Ste Elisabeth de Namur

La forte indépendance des médecins de la clinique et maternité Ste Elisabeth et l'absence de contrôle de la part de la coalition externe sur l'administration de l'hôpital jouent un rôle prépondérant dans le développement de l'informatique.

La passivité de la coalition externe a fait que la procédure de choix du constructeur a pu se baser prioritairement sur des critères objectifs et être, parmi les procédures de choix des trois hôpitaux étudiés, celle qui se rapproche le plus de la procédure «idéale» citée au chapitre premier.

L'attente de l'obligation légale pour entamer le processus d'informatisation peut aussi s'analyser à la lumière de cette passivité de la coalition externe. En effet, alors que dans les deux autres hôpitaux étudiés, les mutualités ont poussé les

hôpitaux à s'informatiser plus tôt afin de disposer sur bandes magnétiques des données de la facturation, dans la coalition externe passive de Ste Elisabeth personne n'avait la possibilité d'hâter l'informatisation.

L'absence d'informatique parallèle peut s'expliquer par l'autonomie des médecins qui, même au sein d'un seul service, n'arrivent pas à obtenir le consensus minimum nécessaire au développement d'une telle informatique.

Nous avons vu auparavant que l'importante indépendance des médecins, ainsi que l'absence de contrôle de l'administration par la coalition externe se traduisaient par une relative désorganisation (manque de standardisation, ...) tant dans la partie médicale de l'hôpital que dans sa partie administrative. Le portefeuille d'applications de l'hôpital, par sa relative pauvreté au niveau administratif et par l'absence d'applications de gestion de données médicales (gestion des rendez-vous, du dossier médical,...), reflète le manque de standardisation de la gestion.

Les structures de décision pour l'informatique - qui sont, comme nous l'avons vu, déjà difficiles à établir en raison de la forte dispersion du pouvoir dans l'organisation - sont ici inexistantes. En effet, la trop forte indépendance des médecins empêche de trouver un interlocuteur médical capable de générer un consensus.

Enfin, cette indépendance médicale conditionne aussi la manière dont le service informatique doit manoeuvrer pour étendre ses activités vers le corps médical : comme il ne peut imposer une décision aux médecins, il doit les «séduire» afin de recevoir leur appui.

Hôpital St Joseph de Lobbes

La forte influence qu'exercent les mutualités chrétiennes sur l'administration de l'hôpital St Joseph et la relativement faible indépendance des médecins, due notamment à cette influence des mutualités, sont des caractéristiques fondamentales de l'organisation qui influencent de manière prépondérante son informatique.

Le point principal traduisant l'influence exercée par les mutualités chrétiennes est l'adhésion de l'hôpital à MEDSOC, une organisation issue des mutualités qui est responsable de l'informatisation de plusieurs hôpitaux. De cette adhésion découle directement le choix du constructeur.

La relativement forte centralisation de la configuration informatique, le contrôle du service informatique sur la micro-informatique et l'absence d'informatique parallèle s'expliquent également par le contrôle exercé par les mutualités chrétiennes sur l'hôpital et par l'affaiblissement de l'autonomie des médecins qui en découle. La forte structuration de l'informatique, tant dans sa composante locale que dans sa composante MEDSOC, ainsi que les relations suivies existant entre le service informatique et les services médicaux informatisés s'expliquent par les mêmes raisons.

Au niveau des applications, on observe trois particularités. Tout d'abord, la fourniture par MEDSOC de la majorité des applications. Ensuite, la présence d'une application de contrôle budgétaire explicable par le fort contrôle auquel est soumis l'hôpital de la part des mutualités chrétiennes. Enfin, la possibilité de consulter les résultats des examens du laboratoire à partir des terminaux installés dans les unités de soins. Ces deux dernières applications ont pu être réalisées grâce à l'existence de certains standards médicaux et administratifs et à l'acceptation des médecins de s'y plier.

Les mutualités, par adhésion de l'hôpital à MEDSOC, influencent indirectement la politique en matière de recrutement du personnel informatique. Puisque, normalement, MEDSOC devait tout prendre en charge, le personnel engagé par la suite, pour pallier aux défaillances de MEDSOC, l'a plus été dans une optique «d'appoint».

Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne

Les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne se caractérisent par la forte influence que subit son administration de la part des mutualités chrétiennes et la forte indépendance dont jouissent ses médecins.

Comme c'était le cas à l'hôpital St Joseph, la principale marque de l'influence des mutualités chrétiennes sur l'informatique des cliniques se situe au niveau de son adhésion à MEDSOC pour son informatisation. Ici aussi, cette adhésion a décidé du choix du constructeur, a imposé à l'hôpital une partie de sa structure informatique et a influencé le recrutement du personnel informatique lorsqu'on s'est rendu compte que MEDSOC seul ne pouvait assurer un service suffisamment performant.

Ici, contrairement à l'hôpital St Joseph, et bien que l'administration des cliniques subisse également des pressions de la coalition externe, on assiste à l'éclosion d'une informatique parallèle limitée et à un isolement prononcé des systèmes informatiques présents dans les services médicaux. De plus, les médecins ont la capacité de déjouer le contrôle du service informatique sur la micro-informatique. Ces différences résultent de la beaucoup plus forte indépendance des médecins universitaires des cliniques.

La double structure informatique locale reflète la division de la coalition externe des cliniques.

Comme à Lobbes, la couverture des traitements administratifs par l'informatique est très importante. Il n'y a pas ici d'application de gestion médicale. Toutefois, l'existence de moyens de coordination entre les services médicaux (dossier médical unique), qui est nécessaire en raison de la forte spécialisation de l'activité médicale, pourrait servir de base à une informatisation médicale plus intégrée.

L'attitude que devra adopter le service informatique dans l'avenir est également conditionnée par l'influence des mutualités et l'indépendance des médecins. En effet, il devra lutter contre la vision opérationnelle de l'informatique des mutualités et tenter, en le «séduisant», de se gagner l'appui du corps médical.

Ainsi, les trois études de cas que nous avons menées, nous ont permis de mettre en évidence des facteurs organisationnels, généraux ou variables, influençant l'informatique hospitalière, et donc de valider notre hypothèse de départ.

Bien que notre analyse se soit limitée à trois études cas, il nous semble que le regard que nous avons posé sur l'informatisation des hôpitaux et les facteurs organisationnels que nous avons mis en évidence pourraient servir de base à une recherche empirique ultérieure.

Bibliographie

- Beheets M., Roger F.H., De Moor G., Sevens C., Willems J.L., *Informatique médicale en Belgique: résultat d'une enquête de la MIM*, in : Journal de Réflexion sur l'Informatique, numéro 12, janvier 1989.
- Bodart F., Pigneur Y., **Conception assistée des systèmes d'information**, Méthode-modèles-outils, Masson, 1989.
- Centre médico-social de la Thudinie ASBL, **Rapport d'activité**, exercice 1989.
- Duf拉斯ne C., Sottiaux M.-P., **Infocentres et structures d'entreprises : aspects organisationnels de l'informatique utilisateur**, mémoire, Institut d'Informatique, FUNDP, Namur, 1990.
- Gassilloud B., **L'hospitalisation en Europe : Etat actuel - Perspectives d'avenir**, thèse de doctorat, Faculté de droit et des sciences politiques, Université des sciences juridiques, politiques et sociales de Strasbourg, 1975.
- Guillaume D., **Modélisation du budget d'exploitation : application à un hôpital**, mémoire, Faculté des Sciences Economiques et Sociales, FUNDP, 1989.
- Hacquart G., **Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière**, Editions médicales et universitaires, Paris, 1976.
- Lasfargue Y., **Vivre l'informatique**, Les Editions d'Organisation, Paris, 1989.
- Leblanc S., Poucet Th., **Les mutualités**, Courrier hebdomadaire du Centre de Recherche et d'Information Socio-politiques (CRISP), numéro 1228-1229, 1989.
- Lobet CL. et al., **L'état de l'informatisation des entreprises**, Journal de Réflexion sur l'Informatique numéro 13, Namur, mai 1989.
- Lobet Cl., **La fonction informatique : une fonction en évolution ?**, in : Journal de réflexion sur l'informatique, numéro 12, Namur, janvier 1989.
- Lobet Cl., **Structures d'organisation et modes d'informatisation**, Thèse de doctorat, Institut des Sciences

- du Travail, UCL, Louvain-la-Neuve, année académique 1990-1991.
- Massion J., **L'hôpital intégré**, Centre Médical Saint-Luc, 1987.
- Mintzberg H., **Le pouvoir dans les organisations**, les éditions d'organisation, Paris, 1982.
- Mintzberg H., **Structure et dynamique des organisations**, Les éditions d'organisation, Paris, 1986.
- Nizet J., **Le modèle d'analyse des organisations de H. Mintzberg : présentation et discussion**, FUNDP, Namur, 1989.
- Nolan R.L., *Managing the Crisis in Data Processing*, in : Harvard Business Review, mars-avril 1979.
- Dr Peers J. e.a., **Het ziekenhuis : een wereld in de wereld**, Davidsfonds, Leuven, 1983.
- Rakich J.S., Darr K. (ed), **Hospital organization and management**, Spectrum Publications Inc., 1978.
- Roger F.H., *Conséquences de l'utilisation du RCM en Belgique*, in : Les Informa-g-iciens, Actes des troisièmes journées de réflexion sur l'informatique, Presses Universitaires de Namur, Namur, 1986.
- Roger F.H., **Médecine et informatique**, Maloine S.A. Editeur, Paris, 1979.
- Rowland H.S. / Rowland B.L., **Hospital administration handbook**, Aspen Publication, Rockville, 1984.
- Secrétariat général, division études et recherches, du Comité économique et social des Communautés européennes; **Les organisations coopératives, mutualistes et associatives dans la Communauté européenne**; Editions Delta, Bruxelles, 1986.
- Sloane R.M., Leibov-Sloane B., **A guide to health facilities**, The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, 1977.
- "Ziekenhuis in financieel bedje ziek", in : Brugsch Handelsblad, 23/11/1990.

Liste des figures et des tableaux

| | |
|---|-----|
| Figure 1.1 : Les centres d'activités de l'hôpital..... | 5 |
| Figure 1.2 : Les services de support de l'activité médicale | 9 |
| Figure 1.3 : Les 3 niveaux du management hospitalier..... | 20 |
| Figure 1.4 : La double hiérarchie hospitalière..... | 24 |
| Figure 2.1 : Le modèle de Nolan..... | 48 |
| Figure 2.2 : Le modèle de Leavitt..... | 49 |
| Figure 2.3 : Les configurations informatiques..... | 50 |
| Figure 2.4 : L'hôpital vu comme un ensemble de S.I..... | 53 |
| Figure 3.1 : Organigramme de la clinique et maternité Ste Elisabeth | 61 |
| Figure 3.2 : Les composantes fondamentales de l'organisation | 62 |
| Figure 3.3 : La répartition du pouvoir dans l'organisation | 78 |
| Figure 3.1 : La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 87 |
| Figure 3.5 : Les attentes vis-à-vis de l'informatique..... | 89 |
| Figure 4.1 : Organigramme de l'hôpital St Joseph..... | 100 |
| Figure 4.2 : La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 119 |
| Figure 5.1 : Solidarité Mutualiste Chrétienne..... | 130 |
| Figure 5.2 : Organigramme des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne | 132 |
| Figure 5.3 : La carte fonctionnelle de l'informatique..... | 153 |
| Figure 5.4 : Attentes vis-à-vis de l'informatique..... | 154 |
| Figure 6.1 : La configuration informatique de Ste Elisabeth | 164 |
| Figure 6.2 : La configuration informatique de St Joseph | 164 |
| Figure 6.3 : La configuration informatique de Mont-Godinne | 164 |
| Figure 6.4 : La carte fonctionnelle de l'informatique de Ste Elisabeth | 165 |
| Figure 6.5 : La carte fonctionnelle de l'informatique de St Joseph | 165 |
| Figure 6.6 : La carte fonctionnelle de l'informatique de Mont-Godinne | 165 |
| Figure 6.7 : Les hôpitaux étudiés face aux deux variables organisationnelles | 172 |
| Tableau 1.1: Les principales applications informatisées et leur fréquence | 30 |
| Tableau 1.2: Applications informatisées dans les hôpitaux généraux | 31 |
| Tableau 3.1: Les dépenses informatiques en 1989..... | 92 |
| Tableau 4.1: Les dépenses informatiques en 1989..... | 122 |

Annexes

Annexe 1 : Grille d'analyse**1. L'organisation***** Vision externe de l'hôpital.**

- quelle est la situation géographique de l'hôpital ?
- y a-t-il d'autres hôpitaux à proximité ?
- quelle est la densité de la population à proximité ?
- quelle est la structure d'âge de la population ?
- quelle est la structure économique de la population ?
- quelle est la structure économique des patients de l'hôpital ?
- quel est l'âge de l'hôpital ?
- quel est son statut ?
- combien de personnes occupe-t-il ?
- quel est le nombre de médecins ?
- quel est le nombre du personnel soignant (infirmiers, para-médicaux) ?
- quel est le nombre du personnel administratif ?
- quel est le nombre du personnel logistique (technique, ...)?
- quelle est l'évolution de l'emploi ?
 - en hausse ?
 - stable ?
 - en diminution ?
- quel est le nombre de lits ?
- quel est le niveau d'activité de l'hôpital ?
 - taux moyen d'occupation ?
 - nombre de journées d'hospitalisation ?
- quelle est l'évolution du niveau d'activité de l'hôpital ?
 - en hausse ?
 - stable ?
 - en diminution ?
- quels sont les services (médicaux, logistiques, administratifs) existant ?
- quelle est leur taille respective ? (personnel)
- quelle est leur composition ? (formation, qualification professionnelle du personnel)
- quels sont les services qui jouent un rôle particulièrement crucial dans le fonctionnement de l'hôpital ?
- quelle est la diversification des activités ? (école infirmières, recherche, cours universitaires,...)
- quel est le niveau d'activité de chaque service médical ?
 - taux moyen d'occupation ?
 - nombre de journées d'hospitalisation ?
- quelle est l'évolution du niveau d'activité de chaque service ?
 - en hausse ?
 - stable ?
 - en diminution ?

- quels sont les acteurs autour de l'hôpital (mutualités, université, congrégation,...) ?
- quels groupes pèsent le plus sur l'hôpital ?
- quels sont les acteurs externes présents dans le conseil d'administration ?
- quel est leur pouvoir relatif dans ce conseil ?

*** Vision interne de l'hôpital.**

L'autorité dans l'hôpital

- quel est l'organigramme de l'hôpital ?
- dans l'hôpital, quels sont les organes qui existent ?
 - conseil d'administration ?
 - conseil de gestion ?
 - conseil de direction ?
 - conseil médical ?
 - conseil infirmier ?
 - direction administrative ?
 - direction nursing ?
 - ...
- pour chaque organe de décision existant :
 - quel est la compétence de cet organe ?
 - quels en sont les membres ?
 - quelles fonctions occupent-ils dans cet organe ?
- pour chaque service type (médical, administratif et logistique) :
 - quel est l'organigramme de ce service ?
 - quel est son mode de fonctionnement, de commandement ?

Flux du travail opérationnel

- Pour chaque service type (médical, administratif et logistique)
- :
- comment le travail opérationnel est-il divisé et organisé ?
 - les modes d'organisation du travail sont-ils différents selon le type de service concerné ?
 - si oui, quels en sont les facteurs explicatifs ?
 - quel est le type d'environnement (autres services de l'hôpital, patients,...) auquel ce service est confronté ?
 - stable ou instable ?
 - routinier ou non ?
 - complexe (nécessitant du personnel qualifié) ou non ?
 - différencié (peu ou beaucoup de partenaires) ?
 - comment le travail est-il dirigé ? Par qui ? Par quels processus ?
 - sur base de quels critères les services sont-ils différenciés ?

- qui est à l'origine de l'admission des patients ?
- qui décide du service vers lequel ils sont orientés ?
- quelles sont les interactions de travail entre les différents services ? Existe-t-il des filières (services travaillant très souvent ensemble) ?
- quels sont les problèmes rencontrés lors de ces interactions?

Flux des informations

- quelles sont les informations qui circulent entre :
 - les unités administratives et médicales ?
 - les unités administratives et logistiques ?
 - les unités logistiques et médicales ?
- y a-t-il des informations qui transitent à travers tous les services ?
- quels sont les mouvements d'informations qui accompagnent les mouvements du patient ?
 - qui décide ce que doit contenir le dossier médical ?
 - qui le remplit ?
 - qui y a accès ?
 - y a-t-il des problèmes de transmissions d'informations entre les services ?
- quels mécanismes de communication existent dans l'hôpital?
 - groupes de projet (comités temporaires créés pour accomplir une tâche particulière) ?
 - comités permanents (comités stables interdépartementaux créés pour la discussion des intérêts communs) ?
 - cadres intégrateurs (disposant d'une autorité formelle concernant la gestion des relations entre unités)?

1. L'état de l'informatisation de l'hôpital.

Le département informatique.

- où le département informatique se situe-t-il dans l'hôpital?

Les missions

- quelle est la zone de compétence du département informatique?
 - officielle ?
 - réelle ?

L'organisation

- quel est l'organigramme du département informatique ?
- quel est le mode de fonctionnement, de commandement du département informatique ?
- le flux de travail est-il routinier ou non ?

stable ou instable ?

complexe ou simple ?

- de qui émanent les demandes de développement ?
- quel est le mécanisme de régulation entre la demande et l'offre de services du département informatique ? (plan, comité informatique,...)
- le travail est-il planifié ou réalisé au jour le jour ? Pourquoi ?
- le travail consiste-t-il en des activités de maintenance ou de développement ?

Les informaticiens

- quel est l'effectif du département informatique ?
- quelle est la raison de cet effectif ?
- quelle est l'évolution du volume des informaticiens ?
 - en hausse ?
 - stable ?
 - en diminution ?
- quelle est la raison de cette évolution ?
- quel est le profil des informaticiens ? (études, formation, expérience professionnelle...)
- le turn-over est-il important dans le département informatique ?

La planification

- existe-t-il un comité informatique ?
 - si oui :
 - quelle est sa composition ?
 - quelle est sa zone de compétence réelle ?
- existe-t-il un plan informatique ?
- si non :
 - comment et par qui sont décidés les projets du département informatique et les investissements ?
 - quels sont les problèmes rencontrés lors de ce processus de décision ?
- si oui :
 - oriente-t-il réellement les actions du département informatique ?
 - n'exerce-t-il que peu d'influence sur son activité ?
 - par qui est-il élaboré ?
 - par le département informatique ?
 - par la direction ?
 - par les utilisateurs ?
 - par un audit externe ?
 - ...
 - quelle est la procédure d'approbation du plan ?
 - quelle est sa période ?

- quel est son contenu ?
 - les aspects sociaux ? (l'organisation du travail, l'engagement de personnel...)
 - les achats ? (hardware, software...)
 - les projets à réaliser ?
 - ...
- existe-t-il une procédure d'évaluation des activités?
- s'il existe une procédure d'évaluation des activités, quelle est-elle ?
- lors du développement d'un projet, l'équipe chargée de son élaboration se voit-elle imposer une méthode à suivre ou lui laisse-t-on appliquer sa propre méthode pourvu que le résultat corresponde aux spécifications?

Le budget

- existe-t-il un budget informatique ?
- s'il n'existe pas de budget informatique, y a-t-il une facturation des clients ou une autre forme de gestion ?
- s'il existe un budget informatique
 - est-il propre au département informatique ?
 - quelle en est la précision ?
 - par qui est-il élaboré ?
 - par le département informatique ?
 - par le département informatique et la direction générale ?
 - par le département informatique et les utilisateurs ?
 - par le département informatique, la direction générale et les utilisateurs ?
 - ...
- la procédure budgétaire est-elle analogue à celle des autres départements ?

Les applications.

- quelle est l'ancienneté du premier traitement informatique ?
- quels sont les grands flux d'informations concernés par l'informatisation ?
- quelles sont les opérations actuellement automatisées?
 - gestion du personnel ?
 - paie ?
 - comptabilité ?
 - achats ?
 - facturation ?
 - gestion des patients ?
 - dossiers médicaux ?
 - gestion des rendez-vous ?

- gestion de la pharmacie ?
- questionnaires médicaux ?
- automatisation de laboratoire ?
- aide à la décision ?
- ...
- quels sont les projets des activités futures ?
 - développer des nouvelles applications ?
 - réviser des applications présentes ?
- ...
- parmi les applications existantes, y en a-t-il qui sont intégrées ?
- si oui :
 - quel est l'objectif poursuivi à travers cette intégration ?
 - quelles sont les difficultés organisationnelles rencontrées ?
- y a-t-il une politique de l'hôpital en matière d'intégration ?
Si oui, quelle est-elle ?
- y a-t-il des applications développées au sein des services médicaux ?
- si oui :
 - pour quelles raisons n'ont-elles pas été confiées au département informatique ?
 - qui est à la base de la décision ?
 - qui a réalisé l'application ?
 - quelles sont ses qualifications informatiques ?
 - ces applications existent-elles dans d'autres services ?
 - par qui ces applications sont-elles financées ?
 - quel est le type de ces applications ?
 - administratif ?
 - médico-administratif ?
 - médical ?
 - y a-t-il une reprise en main de ces applications par le département informatique ?
- si oui :
 - quelles sont les difficultés rencontrées ? Pourquoi ?
 - quels sont les objectifs poursuivis par cette reprise en main ?
- si non :
 - y a-t-il des projets d'intégration de l'informatique parallèle ?

La technologie.

La configuration

- quelle est la configuration informatique ?
 - informatique centralisée ?
 - informatique décentralisée ?

- informatique répartie avec fichiers centralisés ?
- informatique répartie avec fichiers décentralisés ?
- micro-ordinateurs uniquement ?
- système in-house ou shared ?
- ...
- quel est le nombre de terminaux ?

La gestion des données

- comment se fait la gestion des données ?
 - par un ensemble de fichiers juxtaposés ?
 - par l'utilisation de bases de données ?
 - l'utilisation de bases de données est envisagée ?
- comment les données confidentielles sont-elles protégées ?

La micro-informatique

- quel est le nombre de PC ?
- si les PC sont utilisés, certains sont-ils connectés à l'ordinateur ?
- si les PC sont utilisés, dans quels départements se localisent-ils ?
- si les PC sont utilisés, quelle est la raison de leur utilisation ?
- si les PC sont utilisés, quelle est la politique du département informatique vis-à-vis de ceux-ci ?
 - contrôle sur l'acquisition et laisser-faire sur l'utilisation ?
 - contrôle sur l'acquisition et l'utilisation ?
 - pas de contrôle ?
 - ...
- que pouvons nous déduire de ce type de configuration quant aux mécanismes de coordination et de contrôle dans l'organisation? Peut-on faire un parallèle entre la configuration informatique et l'organisation globale de l'hôpital ? (par exemple : à une configuration informatique centralisée correspondrait un système d'autorité centralisé)

Les traitements

- quel est le mode de traitement informatique ?
 - 100 % batch ?
 - batch > temps réel ?
 - batch = temps réel ?
 - batch < temps réel ?
 - 100 % temps réel ?

Les réseaux

- un réseau local est-il utilisé ?
- s'il existe un réseau local, quel est le but de son utilisation ?
 - connecter les utilisateurs ?
 - connecter les ordinateurs ?
 - connecter les utilisateurs et les ordinateurs ?
 - ...

Les dépenses informatiques.

- quelles sont les dépenses informatiques totales ?
- quel serait un classement par ordre d'importance des coûts ?
 - du hardware acheté ?
 - du hardware loué ?
 - des amortissements matériels ?
 - de la maintenance du matériel ?
 - du software système ?
 - du software d'applications ?
 - des télécommunications ?
 - du personnel d'étude et de développement ?
 - du personnel d'exploitation ?
 - des prestations extérieures ?
 - des fournitures ?
 - de la formation du personnel ?
 - ...
- certains aspects ont-ils tendance à prendre de l'importance au fil des années ou au contraire, à s'amenuiser régulièrement ?
- quelle est l'évolution des dépenses ?
- quelle est l'évolution des dépenses par rapport au budget total ?

L'attitude vis-à-vis de l'informatique.

- comment l'informatique est-elle perçue par la direction ?
- quel est le soutien de la direction vis-à-vis de l'informatique ?
- quelle est l'attitude du corps médical, du personnel soignant, du personnel administratif, du personnel logistique ?
- avec quel corps professionnel y a-t-il des difficultés ? Pourquoi ?

Les relations entre les informaticiens et les utilisateurs lors du développement d'un projet.

- quel est le processus d'adressage des demandes ?
 - procédure formalisée ?

-
- contact direct ?
 - demande via le correspondant informatique ?
 - ce processus d'adressage varie-t-il selon la nature de l'unité ?
 - qui décide des priorités de développement ?
 - selon quels critères ?
 - la tendance générale est-elle :
 - le département informatique offre ses services aux utilisateurs ?
 - les utilisateurs font des demandes ?
 - y a-t-il une participation des utilisateurs ?
 - à l'étude d'opportunité ?
 - à l'analyse fonctionnelle ?
 - à l'analyse organique et à la réalisation ?
 - aux tests et à l'installation ?
 - pour chacune des catégories ci-dessus, s'il y a participation des utilisateurs, a-t-elle lieu :
 - à la demande des informaticiens ?
 - de manière systématique ?
 - ...
 - pour chacune des catégories ci-dessus, s'il y a participation des utilisateurs, quelles catégories d'utilisateurs concerne-t-elle ?